



> Terug naar de bedoeling van het instrument

Evaluatie van het instrument
beschikbaarheidsbijdrage

22 mei 2025

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

SiRM: Joëlle Groen, Roderik Ponds, Amaya Schilder

Projectleider SiRM: Michiel Slag - michiel.slag@sirm.nl

AG Legal (juridische expertise): Ariënné Gommers

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Terug naar de bedoeling van het instrument, Mei 2025.

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport

Foto voorblad

Jeroen Jumelet

ANP

Managementsamenvatting

De zorg in Nederland wordt in beginsel bekostigd via prestaties en tarieven. Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) kan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS), in uitzonderlijke situaties, bepalen dat een zorgfunctie via een beschikbaarheidsbijdrage wordt bekostigd. Dit gebeurt wanneer kosten niet goed toe te rekenen zijn aan individuele verzekerden of zorgverzekeraars of wanneer de toerekening van deze kosten naar tarieven voor geleverde zorgprestaties marktverstoring werkt. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), op aanwijzing van VWS, aan een zorgaanbieder kan toekennen. Het Zorginstituut Nederland keert vervolgens de bijdrage uit vanuit het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg, zonder tussenkomst van of rol voor een zorgverzekeraar. VWS zet het instrument momenteel in voor 14 specifieke (zorg)functies met een totale omvang van circa €3 miljard per jaar.

VWS vroeg SiRM om de doeltreffendheid en rechtmatigheid van het instrument beschikbaarheidsbijdrage te evalueren. VWS wil daarmee weten of de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage nog aansluit bij het oorspronkelijke doel van het instrument (zoals de wetgever heeft beoogd) en vraagt om met de evaluatie inzicht te bieden in de werking van het instrument tot nu toe en eventuele verbeteringen te signaleren. We deden uitgebreid deskresearch en cijfermatige analyses, voerden circa 40 interviews met veld- en overheidspartijen, organiseerden werksessies en toetsen tussentijds onze bevindingen bij een begeleidingscommissie en zorgeconomische experts.

De evaluatie betreft de inzet en de werking van het instrument zélf. We gaan daarbij niet expliciet in op de doeltreffendheid en rechtmatigheid van de individuele beschikbaarheidsbijdragen. We vonden tijdens de evaluatie van het instrument overigens geen aanwijzingen dat de zorgfuncties die met de individuele beschikbaarheidsbijdragen bekostigd worden, onvoldoende beschikbaar zouden zijn.

VWS introduceerde het instrument beschikbaarheidsbijdrage in 2012. Bij de overgang naar prestatiebekostiging in 2011 bleek namelijk voor specifieke (zorg)functies een alternatieve bekostigingswijze nodig omdat deze anders onvoldoende beschikbaar zouden blijven. In 2012 zijn ook de meeste huidige beschikbaarheidsbijdragen ingevoerd. Negen daarvan volgden op een advies van de NZa uit 2009. Voor vijf andere zorgfuncties besloot de minister in 2012 tot invoering, zonder voorafgaand NZa-advies. Sindsdien zijn meerdere beschikbaarheidsbijdragen veranderd en enkele toegevoegd of opgeheven. Parallel aan de introductie van het instrument is het beoordelingskader ontwikkeld dat als basis dient voor besluitvorming over de inzet van het instrument.

Op basis van de evaluatie doen we drie hoofdaanbevelingen voor de inzet en werking van het instrument.

We adviseren VWS om het instrument zorgvuldiger toe te passen. Dit begint bij structurele toetsing aan het beoordelingskader. Voor meerdere zorgfuncties ontbreekt nu initiële en/of periodieke toetsing. Ook is het van belang dat VWS het kader consequenter hanteert en afwijken hiervan robuust en navolgbaar onderbouwt. Het instrument is immers aantrekkelijk voor zorgaanbieders, maar kent ook mogelijke nadelen zoals inefficiëntie en oneerlijke concurrentie. Het beoordelingskader lijkt desondanks niet altijd leidend te zijn bij besluitvorming. Aanvullend adviseren we VWS om publiekelijk inzichtelijk te maken welk regime van toepassing is op de toetsing van staatssteun, om onzekerheid over en risico's op onrechtmatigheid te verkleinen.

We raden VWS aan om het beoordelingskader voor de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage aan te scherpen. Dit kan ten eerste door het kader uit te breiden met: een expliciete afweging van alternatieve bekostigingsopties, een route voor niet-economische diensten van algemeen belang (nedab), en fundamentele uitvoerbaarheidsoverwegingen. Daarnaast adviseren we de NZa om de marktverstoringstoets nauwkeuriger en gestructureerder in te richten. Dit vraagt om: een zo specifiek mogelijke marktafbakening, een herziening van de gehanteerde prijs- of premieverschilgrenzen, en het toetsen van alle elementen van de huidige definitie, of een gemotiveerde onderbouwing bij afwijking daarvan.

Voor de beschikbaarheidsbijdragen (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg adviseren we VWS om de keuze voor het instrument nader te bezien. Het risico op ongewenste neveneffecten, zoals inefficiëntie en oneerlijke concurrentie, is voor deze (zorg)functies namelijk het grootst. Dit komt doordat het instrument vereisten kent, zoals een heldere afbakening en transparante kostentoerekening, die niet goed passen bij de aard van opleiden en academische zorg. Daardoor lijkt de beschikbaarheidsbijdrage in haar huidige vorm niet het meest passende instrument voor deze (zorg)functies. Hoewel er voor beide functies geen evident bekostigingsalternatief is, signaleren we op basis van ons onderzoek enkele denkrichtingen hiervoor.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	5
1.1 Aanleiding en vraag aan SiRM	5
1.2 Conclusies en aanbevelingen	6
1.3 Leeswijzer	7
2 Achtergrond en ontwikkeling van het instrument	8
2.1 Bij overgang naar prestatiebekostiging was een alternatieve bekostigingswijze nodig voor specifieke (zorg)functies	9
2.2 Elf van de huidige beschikbaarheidsbijdragen zijn ingevoerd bij de introductie van het instrument	11
2.3 Na de introductie van het instrument zijn meerdere beschikbaarheidsbijdragen veranderd	13
2.4 Het beoordelingskader is parallel aan de introductie van het instrument ontwikkeld, als basis voor besluitvorming	15
3 Wees zorgvuldiger met de toepassing van het instrument	18
3.1 Toets de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage structureler aan het beoordelingskader	18
3.2 Hanteer het beoordelingskader consequenter of onderbouw afwijken ervan robuust en navolgbaar	21
3.3 Maak publiekelijk inzichtelijk welk regime van toepassing is op de toetsing van staatssteun	26
4 Scherp het beoordelingskader voor inzet van het instrument aan	28
4.1 Breid het beoordelingskader uit om de besluitvorming beter te ondersteunen	28
4.2 Richt de marktverstoringstoets nauwkeuriger en gestructureerder in	32
5 Bezie instrumentkeuze voor de twee grootste (zorg)functies	37
5.1 Het risico op ongewenste neveneffecten is het grootst bij (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg	38
5.2 De beschikbaarheidsbijdrage kent vereisten die niet goed passen bij de aard van de opleidingen en academische zorg	39
5.3 Er bestaan denkrichtingen voor alternatieve bekostigingsvormen maar er is geen evident alternatief	43
Bijlage 1. Verantwoording	47
Bijlage 2. Achtergrondinformatie individuele beschikbaarheidsbijdragen	losstaand document

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding en vraag aan SiRM

In Nederland wordt de zorg in beginsel bekostigd via de tarieven voor geleverde zorgprestaties (prestatiebekostiging). Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is het mogelijk om hiervan af te wijken en in uitzonderlijke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen.

De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), op aanwijzing van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), aan een zorgaanbieder kan toekennen. VWS bepaalt via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) – het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG – voor welke zorgvormen dit geldt. De WMG staat een beschikbaarheidsbijdrage alleen toe voor vormen van zorg:¹

- waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet (geheel) zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of
- waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstrend zou werken, en
- die niet op andere wijze worden bekostigd.

De beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld als ‘last resort’ (een laatste redmiddel wanneer andere mogelijkheden niet goed uitvoerbaar blijken) en is in 2012 geïntroduceerd. Het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) keert de bijdrage aan zorgaanbieders uit vanuit het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg, zonder tussenkomst van of rol voor een zorgverzekeraar. Op dit moment zijn er 16 (zorg)functies waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage van toepassing is.² Twee daarvan³ zijn bedoeld om continuïteitsrisico's te voorkomen bij bekostigingstransities of na afloop van beschikbaarheidsbijdragen die ten minste voor drie jaar werden verstrekt. Vanwege dit technische karakter en omdat ze recent niet meer zijn ingezet, laten we deze beschikbaarheidsbijdragen in dit rapport buiten beschouwing. In deze evaluatie richten we ons op de 14 overige, specifieke (zorg)functies.⁴ In 2024 ging het om ongeveer €3 miljard aan zorgfuncties die via de beschikbaarheidsbijdrage werden bekostigd.

¹ Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG Nota van Toelichting ([link](#)).

² Aanvullend mag de NZa voor bepaalde vormen van zorg een beschikbaarheidsbijdrage toekennen als de minister daar expliciet geen bezwaar tegen heeft. Dit geldt enerzijds voor zorg waarvoor voorafgaande melding bij de Europese Commissie verplicht is (zogenoemde notificatieplichtige zorg), en anderzijds voor zorg geleverd door vangnetaanbieders wanneer zorgverzekeraars hun zorgplicht niet meer kunnen vervullen. Het gaat dan om cruciale vormen van zorg zoals ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang in de ggz en AWBZ-zorg, waarvoor strikte bereikbaarheids- en continuïteitsvoorwaarden gelden.

³ 1) Zorg verleend tijdens transitie bekostigingssystemen. 2) Zorg ten behoeve waarvan drie of meer achtereenvolgende jaren een beschikbaarheidsbijdrage is verstrekt en waarbij niet meer aan de criteria voor de verlening wordt voldaan.

⁴ 1) (medische) vervolgoopleidingen 2) Academische zorg 3) Post mortem uitname bij donoren van organen 4) Post mortem uitname bij donoren van weefsel 5) Zorg verleend door het calamiteitenhospitaal 6) Coördinatie traumazorg en ROAZ 7) Opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crises 8) Zorg door mobiel medische teams via vier helikopters 9) Zorg door mobiel medische teams via twee voertuigen 10) Spoedeisende hulp 11) Acute verloskunde 12) Gespecialiseerde brandwondenzorg 13) Gespecialiseerde en derdelijnspsychotraumazorg voor zover het de kennis- en expertisefunctie betreft 14) Spoedeisende ambulancezorg met vervoer per ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden.

VWS heeft SiRM gevraagd om, in lijn met haar wettelijke verplichting, de doeltreffendheid en rechtmatigheid⁵ van het instrument beschikbaarheidsbijdrage te evalueren. VWS wil daarmee weten of de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage in lijn is met het oorspronkelijke doel van het instrument: het bekostigen van noodzakelijke zorg die niet via prestaties en tarieven kan worden bekostigd of wanneer dit zou leiden tot marktverstoring. VWS vraagt om met de evaluatie inzicht te bieden in de werking van het instrument tot nu toe en eventuele verbeteringen te signaleren.

De evaluatie bestond uit uitgebreid deskresearch, cijfermatige analyses, circa 40 interviews met veld- en overheidspartijen en werksessies met medewerkers van VWS en de NZa. Tussentijds toetsen we onze bevindingen bij een begeleidingscommissie met VWS en de NZa, en een projectadviescommissie met zorgeconomische experts. Onderdeel van de evaluatie was het uitvoeren van een quickscan en deepscan. In de quickscan brachten we per individuele beschikbaarheidsbijdrage onder meer de beleidstheorie, afbakening, systematiek, totstandkoming, uitgaven en jurisprudentie in beeld. Op basis hiervan selecteerden we vier beschikbaarheidsbijdragen voor verdiepende analyse in de deepscan: (medische) vervolgoopleidingen, academische zorg, coördinatie traumazorg en regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ), en mobiel medisch team met helikopter. We selecteerden deze vier beschikbaarheidsbijdragen in overleg met VWS, onder andere op basis van hun omvang, risico op ongewenste neveneffecten, recente ontwikkelingen en aanpassingen binnen deze bijdragen, en vanwege hun onderlinge verscheidenheid in type zorgfuncties.

De evaluatie betreft de inzet en de werking van het instrument zélf. We gaan daarbij niet expliciet in op de doeltreffendheid en rechtmatigheid van de individuele beschikbaarheidsbijdragen. Hoewel we tijdens de evaluatie van het instrument geen aanwijzingen vonden dat de zorgfuncties die met de beschikbaarheidsbijdragen bekostigd worden onvoldoende beschikbaar zijn, vergt een uitspraak over de daadwerkelijke doeltreffendheid van een individuele beschikbaarheidsbijdrage grondig, afzonderlijk onderzoek. Het vaststellen van de doeltreffendheid is namelijk complex: de beschikbaarheid van zorg is in de meeste gevallen niet rechtstreeks toe te schrijven aan de bekostigingswijze. Ook externe factoren, zoals arbeidsmarktkrapte, spelen hierbij een grote rol.

1.2 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de evaluatie doen we drie hoofdaanbevelingen voor de inzet en werking van het instrument:

- We adviseren VWS om het instrument zorgvuldiger toe te passen (Hoofdstuk 3).
- We raden VWS aan om het beoordelingskader voor de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage aan te scherpen (Hoofdstuk 4).
- Voor de beschikbaarheidsbijdragen (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg adviseren we VWS om de keuze voor het instrument nader te bezien (Hoofdstuk 5).

Naast deze aanbevelingen voor de inzet en werking van het instrument, kwamen in de evaluatie ook signalen naar voren over hoe ontvangers de beschikbaarheidsbijdrage in de praktijk ervaren. Omdat deze signalen niet zozeer gaan over de inzet van het instrument lichten we ze niet nader

⁵ Of de totstandkoming van elke beschikbaarheidsbijdrage in lijn is met geldende wet- en regelgeving, zoals Art. 56a Wmg, de Comptabiliteitswet en de Europese regels rondom staatssteun.

toe in het rapport, maar benoemen we ze hier ter volledigheid. Hoewel ontvangers overwegend positief zijn over de beschikbaarheidsbijdrage, ervaren zij het instrument als relatief star. Zo mag de bijdrage alleen worden ingezet in het jaar waarin de activiteit plaatsvindt, wat het spreiden van kosten over meerdere jaren beperkt. Daarnaast kost het aanpassen van een zorgfunctie vaak veel tijd, aangezien hiervoor doorgaans het volledige NZa-traject moet worden doorlopen, inclusief marktverstoringstoets en kostenonderzoek. Ook bij wijzigingen die invloed hebben op de kostenbasis, zoals technologische innovaties of taakuitbreidingen⁶, is overleg met de NZa vereist. Dit verloopt volgens geïnterviewden overigens op een constructieve manier.⁷

1.3 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In Hoofdstuk 2 beschrijven we de achtergrond en ontwikkeling van het instrument. Vervolgens presenteren we in Hoofdstuk 3, 4 en 5 onze aanbevelingen voor het instrument, gebaseerd op inzichten uit de evaluatie.

In Bijlage 1 lichten we de evaluatieaanpak en het doorlopen proces toe. In Bijlage 2, die als losstaand document beschikbaar is, staat per individuele beschikbaarheidsbijdrage meer achtergrondinformatie.

Bij het lezen van deze evaluatie is het belangrijk om te weten dat de beschikbaarheidsbijdrage een specifieke vorm van beschikbaarheids**bekostiging** is. Deze begrippen betekenen dus niet hetzelfde. Een ander voorbeeld van beschikbaarheidsbekostiging is budgetbekostiging. In §4.1.1 geven we in Kader 1 een uitgebreide toelichting op budgetbekostiging.

⁶ Zo kregen ROAZ'en in 2022 een aantal aanvullende taken waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage moest worden uitgebreid.

⁷ Geïnterviewden geven aan dat de NZa bijvoorbeeld constructief meedenkt in hoe zij kleine aanpassingen op korte termijn kan doorvoeren. Dit gebeurde bijvoorbeeld bij includeren van de hart-long-machine (ECMO) als onderdeel van de beschikbaarheidsbijdrage voor het mobiel medisch team met helikopter per 2022.

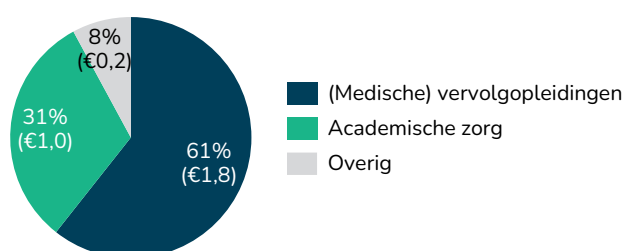
2 Achtergrond en ontwikkeling van het instrument

Bij de overgang naar prestatiebekostiging in 2011 bleek voor specifieke (zorg)functies een alternatieve bekostigingswijze nodig omdat deze anders onvoldoende beschikbaar zouden blijven (§2.1). Daarom introduceerde VWS in 2012 het instrument beschikbaarheidsbijdrage. In dat jaar zijn ook de meeste huidige beschikbaarheidsbijdragen ingevoerd (§2.2). Negen daarvan volgden op een advies van de NZa uit 2009. Voor vijf andere zorgfuncties besloot de minister in 2012 tot invoering, zonder voorafgaand NZa-advies. Sindsdien zijn meerdere beschikbaarheidsbijdragen veranderd en enkele toegevoegd of opgeheven (§2.3). Parallel aan de introductie van het instrument is het beoordelingskader ontwikkeld dat als basis dient voor besluitvorming over de inzet van het instrument (§2.4).

De beschikbaarheidsbijdragen vormen een substantieel deel van de uitgaven aan medische specialistische zorg (msz). In 2024 bekostigde VWS 14⁸ zorgfuncties (zie Figuur 1 en Figuur 2), met een totale omvang van €3 miljard. Dit komt neer op circa 10% van de totale uitgaven aan msz in 2024.⁹ Het grootste deel van deze middelen ging naar de (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg, samen goed voor €2,8 miljard, 92% van het totaal.

Verdeling beschikbaarheidsbijdrage o.b.v. omvang verleningsbedrag in 2024

[% (in miljard €), totaal = circa €3 miljard]

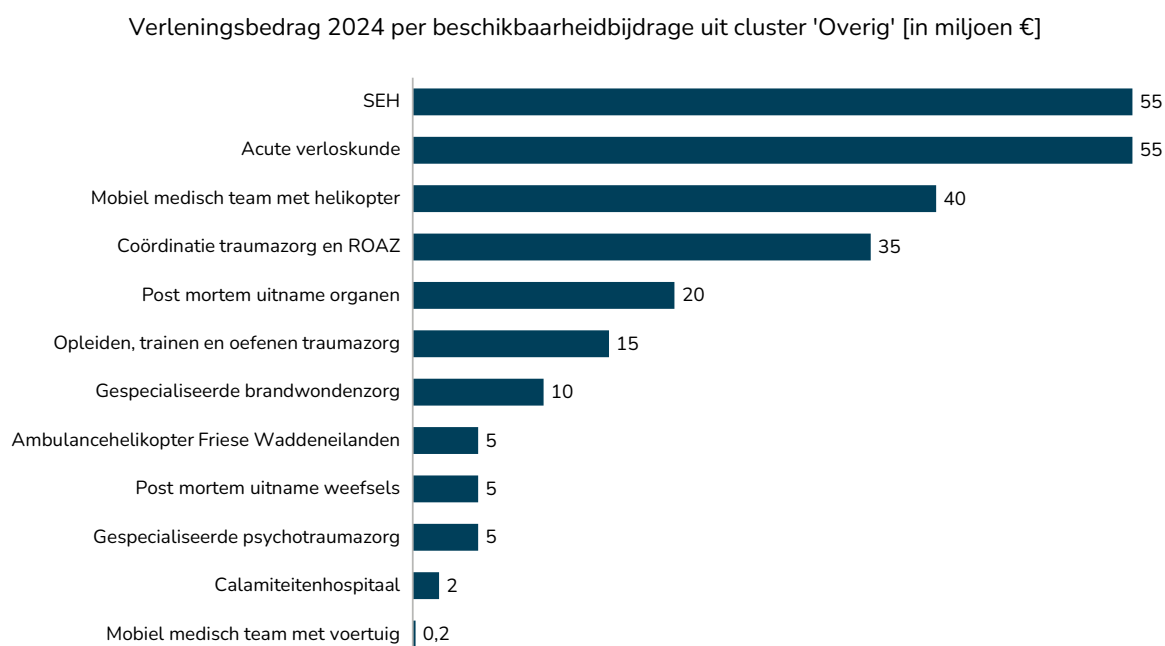


Figuur 1. De beschikbaarheidsbijdragen voor (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg beslaan met €2,8 miljard ongeveer 92% van de totale omvang van de beschikbaarheidsbijdragen. Bron: analyse SiRM op basis van data NZa.

⁸ Het aantal beschikbaarheidsbijdragen hangt samen met het al dan niet samen tellen van de beschikbaarheidsbijdragen mobiel medische team met helikopter en met voertuig en post mortem uitname van organen en van weefsel. In de figuren nemen we de 'transitie' beschikbaarheidsbijdragen 'zorg verleend tijdens transitie bekostigingssystemen' en 'zorg ten behoeve waarvan drie of meer achtereenvolgende jaren een beschikbaarheidsbijdrage is verstrekt en waarbij niet meer aan de criteria wordt voldaan' niet mee.

⁹ NB. Niet alle zorgfuncties die met de beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd zijn medisch specialistische zorg, zoals mobiel medische teams, coördinatie traumazorg en ROAZ, opleiden, oefenen en trainen voor rampen, psychotraumazorg en sommige opleidingen (zoals huisarts) van de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen.

Van de resterende beschikbaarheidsbijdragen vormen de spoedeisende hulp en acute verloskunde met circa €110 miljoen gezamenlijk de grootste post (zie Figuur 2).



Figuur 2. De beschikbaarheidsbijdragen spoedeisende hulp en acute verloskunde zijn met circa €110 miljoen gezamenlijk de grootste post van de overige beschikbaarheidsbijdragen (naast de (medische) vervolgoedingen en academische zorg). Bron: analyse SiRM op basis van data NZa.

2.1 Bij overgang naar prestatiebekostiging was een alternatieve bekostigingswijze nodig voor specifieke (zorg)functies

Met de invoering van prestatiebekostiging¹⁰ voor de msz per 2011 bleek aanvullende bekostiging nodig voor specifieke zorgfuncties die anders onvoldoende beschikbaar zouden blijven.¹¹ Dit leidde tot de introductie van de beschikbaarheidsbijdrage in 2012 als instrument.

VWS en de NZa constateerden rond de invoering van de prestatiebekostiging dat deze de beschikbaarheid van bepaalde zorgvormen onvoldoende borgde.¹² Zij maakten daarom onderscheid tussen een vrij segment, een gereguleerd segment en een zogenaamd 'vast' segment voor bepaalde zorgvormen die een publiek belang kennen, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid (later: de beschikbaarheidsbijdrage). Het vaste segment fungeerde dus als een soort uiterste bekostigingsoptie wanneer prestatiebekostiging tot knelpunten in beschikbaarheid zou leiden. VWS formuleerde de volgende uitgangspunten voor opname in het vaste segment:

- Zo veel mogelijk zorgfuncties worden via prestatiebekostiging gefinancierd.
- Bekostiging via het vaste segment is mogelijk wanneer:

¹⁰ Prestatiebekostiging verving het traditionele budgetsysteem waarbij zorgaanbieders vaste bedragen ontvingen. Het bekostigingssysteem koppelt financiering direct aan geleverde prestaties, zoals behandelingen (dbc's), met als doel marktwerking, efficiëntie en innovatie en kwaliteit te bevorderen. Prestatiebekostiging werd tussen 2005-2009 geleidelijk ingevoerd. In 2011 ging de msz hier definitief op over.

¹¹ Brief VWS (april 2009) Aanvullende uitgangspunten uitvoeringstoets prestatiebekostiging CZ/TSZ 2924274. De NZa verwijst naar deze brief in haar Advies Van Budget naar Prestatie. De brief is echter online niet (meer) beschikbaar.

¹² NZa (oktober 2009) Advies Van Budget naar Prestatie (zie [link](#)).

- De continuïteit van de zorgfunctie in het geding komt bij prestatiebekostiging en de aanwezigheid van de zorgfunctie vanuit publiek belang noodzakelijk is.
- De zorgfunctie eerder was opgenomen in ziekenhuisbudgetten.

De NZa adviseerde in 2009¹³ aanvullende criteria voor het vaste segment, waaronder:

- De vergoeding moet aansluiten op de (meer)kosten van de zorgfuncties, ten behoeve van de continuïteit en zodat er geen ongelijk speelveld ontstaat.
- De zorgfuncties moeten onder de reikwijdte van de WMG vallen. Prestaties die geen zorg betreffen, zoals opleidingen en registratie, worden niet meegenomen.
- De kosten moeten sterk gebaseerd zijn op beschikbaarheid, of er moet een grote kans zijn dat prestatiebekostiging deze kosten onvoldoende dekt.
- Er zijn geen prestaties gedefinieerd (of dit is niet redelijk) die bij een patiënt in rekening kunnen worden gebracht.

De NZa verkende vier bekostigingsopties¹⁴ voor het vaste segment, waarbij de NZa een voorkeur gaf aan de beschikbaarheidsbijdrage. Volgens de NZa werkte van de vier opties de beschikbaarheidsbijdrage het minst marktverstoring, kende deze de laagste uitvoeringslasten en sloot de beschikbaarheidsbijdrage het beste aan bij het publieke belang van de zorgfuncties.

In 2012 voerde VWS de beschikbaarheidsbijdrage in, met als juridische grondslag artikel 56a van de WMG.¹⁵ De rolverdeling tussen VWS, de NZa en het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) werd daarbij als volgt ingericht:

- De minister bepaalt voor welke zorgfuncties zij een beschikbaarheidsbijdrage overweegt. Vervolgens vraagt VWS de NZa om een marktverstoringstoets uit te voeren.
- Op basis van dit advies besluit de minister of zij de beschikbaarheidsbijdrage inzet. De minister is daarbij vrij om van het NZa-advies af te wijken.
- Zorgvormen die in aanmerking komen stelt VWS vast via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB): het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG¹⁶. VWS geeft de NZa een aanwijzing om voor deze zorgvormen een beleidsregel vast te stellen.
- Zorgaanbieders kunnen vervolgens een aanvraag indienen. De NZa besluit uiteindelijk over de (voorlopige) toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage.
- Het Zorginstituut betaalt namens de NZa de beschikbaarheidsbijdrage rechtstreeks uit aan zorgaanbieders vanuit het Zorgverzekeringsfonds en/of het Fonds Langdurige zorg, zonder tussenkomst van of rol voor een zorgverzekeraar.

¹³ NZa (oktober 2009) Advies Van Budget naar Prestatie ([link](#)).

¹⁴ 1) Een opslag op gereguleerde tarieven. Dit kan echter leiden tot tariefverschillen en marktverstoringen, zonder garantie dat zorgaanbieders hun kosten vergoed krijgen. 2) Een apart fonds van zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Echter kunnen afdrachten aan zo'n fonds niet juridisch worden afgedwongen. 3) Opbrengstverrekening: vergelijkbaar met bestaande verrekening van dbc-opbrengsten, maar dit vereist een wetswijziging en brengt hoge uitvoeringslasten met zich mee. 4) Rechtstreekse uitkering via een beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

¹⁵ Via de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, 32.393.

¹⁶ Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG ([link](#)).

2.2 Elf van de huidige beschikbaarheidsbijdragen zijn ingevoerd bij de introductie van het instrument

In Bijlage 2 lichten we per beschikbaarheidsbijdrage toe wat deze inhoudt, inclusief het bijbehorende doel en de onderliggende beleidstheorie. Ook beschrijven we in deze bijlage hoe de zorgfunctie vóór invoering van de beschikbaarheidsbijdrage werd bekostigd en hoe deze door de tijd is veranderd. Hieronder gaan we in op de invoering van de verschillende beschikbaarheidsbijdragen.

2.2.1 De minister besloot bij introductie van het instrument alle negen door de NZa voorgestelde zorgfuncties te bekostigen via de beschikbaarheidsbijdrage

In 2011 besloot de minister van VWS - via het Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage¹⁷ - om negen door de NZa voorgestelde zorgfuncties via de beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen. De NZa adviseerde in 2009 dat deze functies binnen het 'vaste' segment pasten (zie §2.1), omdat prestatiebekostiging niet volstond of onwenselijk was.¹⁸

Voor zes zorgfuncties adviseerde de NZa een volledig vaste vergoeding, omdat er geen prestaties beschikbaar waren en/of dat het volgens de NZa niet wenselijk was om de hoge (beschikbaarheids)kosten in rekening te brengen aan individuele patiënten:¹⁸

- **Academische component.**¹⁹ De UMC's en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis kenden al een academische component middels een vaste vergoeding via het Zorgverzekeringsfonds. VWS vond dat deze vergoeding in de toekomst op basis van de WMG gefinancierd moest worden via het vaste segment.
- **Ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg.**²⁰ De NZa stelde vast dat voor deze zorgfuncties geen zorgprestaties beschikbaar waren.
- **Het opleiden, trainen en oefenen bij rampen.**²⁰ Ook hiervoor constateerde de NZa dat er geen zorgprestaties beschikbaar waren.
- **Helikoptervoorzieningen voor traumazorg.**²¹ De NZa concludeerde dat bekostiging via prestaties tot irreële tarieven zou leiden.
- **Donoruitnameteams.**²² Omdat voorheen vier UMC's een specifieke vergoeding ontvingen hiervoor, stelde de NZa voor om deze vergoeding via het vaste segment voort te zetten.
- **Calamiteitenhospitaal.** De NZa stelde voor om het calamiteitenhospitaal toe te voegen aan het vaste segment, omdat zij eerder een vaste budgetvergoeding voor dit centrum ter beschikking stelde.

Voor drie zorgfuncties adviseerde de NZa²³ een gedeeltelijk vaste vergoeding, omdat er deels al prestatiebekostiging (mogelijk) was, maar aanvullende bekostiging nodig was om de beschikbaarheid te waarborgen:

¹⁷ Ontwerpbesluit Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, 16 december 2011 ([link](#))

¹⁸ NB. We beschrijven hier de argumenten die de NZa in haar advies Van Budget naar Prestatie in 2009 gebruikte.

¹⁹ Later 'Academische Zorg'.

²⁰ Later 'Coördinatie traumazorg en ROAZ'

²¹ Later 'Mobiel Medisch Team met helikopter'

²² Later 'Post mortem uitname van organen'

²³ NZa (oktober 2009) Advies Van Budget naar Prestatie (zie [link](#)).

- **Spoedeisende hulp (inclusief acute verloskunde).** Een vergoeding van de kosten van deze functies was toen al opgenomen in de gereguleerde en vrije tarieven.
- **Traumazorg door een mobiel medisch team.** Er waren al (specifieke) prestaties beschikbaar om een deel van deze zorg in rekening te brengen.
- **Brandwondenzorg.** De drie brandwondencentra in Nederland ontvingen eerder een vaste vergoeding in het budget op basis van het aantal bedden dat zij beschikbaar moeten hebben in geval van (grootschalige) ongevallen en rampen.

De minister formaliseerde in het Interim besluit beschikbaarheidsbijdrage in 2011²⁴ dat deze negen zorgvormen in 2012 in aanmerking kwamen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Omdat er toen nog onvoldoende duidelijkheid was over de exacte afbakening en kosten van deze zorgfuncties, besloot de minister om in het interimbesluit zoveel mogelijk de situatie van 2011 te laten doorlopen.

2.2.2 Aanvullend besloot de minister vijf andere zorgfuncties te bekostigen met een beschikbaarheidsbijdrage, waarvan opleiden de meest opvallende is

In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage van 2012²⁵ besloot de minister van VWS, naast de negen eerdere zorgfuncties (zie §2.2.1), vijf aanvullende zorgfuncties via een beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen. Het betrof twee typen transitiekosten en drie overige (zorg)functies.

De twee typen transitiekosten betroffen:

- **Zorg verleend tijdens transitie bekostigingssystemen.** In het besluit lichtte VWS toe dat bij de overgang van bekostigingssystemen de continuïteit van zorg door een zorgaanbieder in gevaar kan komen door ongewisheid of doordat opbrengsten in het nieuwe bekostigingssysteem onvoldoende dekking bieden.
- **Zorg verleend tijdens overgangsregeling kapitaallasten.** De overgang naar prestatiebekostiging kon volgens VWS ook effect hebben op de vergoeding van kapitaallasten van zorgaanbieders. Daarom voorzag VWS in een overgangsregeling via de beschikbaarheidsbijdrage.

De drie overige zorgfuncties waren:

- **Gespecialiseerde psychotraumazorg voor specifieke doelgroepen.** VWS achtte het noodzakelijk om zorg voor betreffende doelgroepen, eerder gefinancierd uit individuele budgetcomponenten, na invoering van prestatiebekostiging beschikbaar te houden. Dit betreffen kosten voor een kleine complexe patiëntengroep waarvoor meerkosten moeten worden gemaakt, wat een reële kans op marktfalen meebrengt. Hiernaast was het (nog) niet mogelijk de kosten toe te rekenen aan individuele patiënten, omdat er (nog) geen dbc-tarieven waren.
- **Zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers.** Hiervoor noemde VWS dezelfde argumenten in het besluit als voor gespecialiseerde psychotraumazorg.
- **(Medische) vervolgoopleidingen.** De NZa expliciteerde in haar advies in 2009 nog dat de kosten die niet onder de reikwijdte van de WMG vielen, zoals opleiden, niet in aanmerking

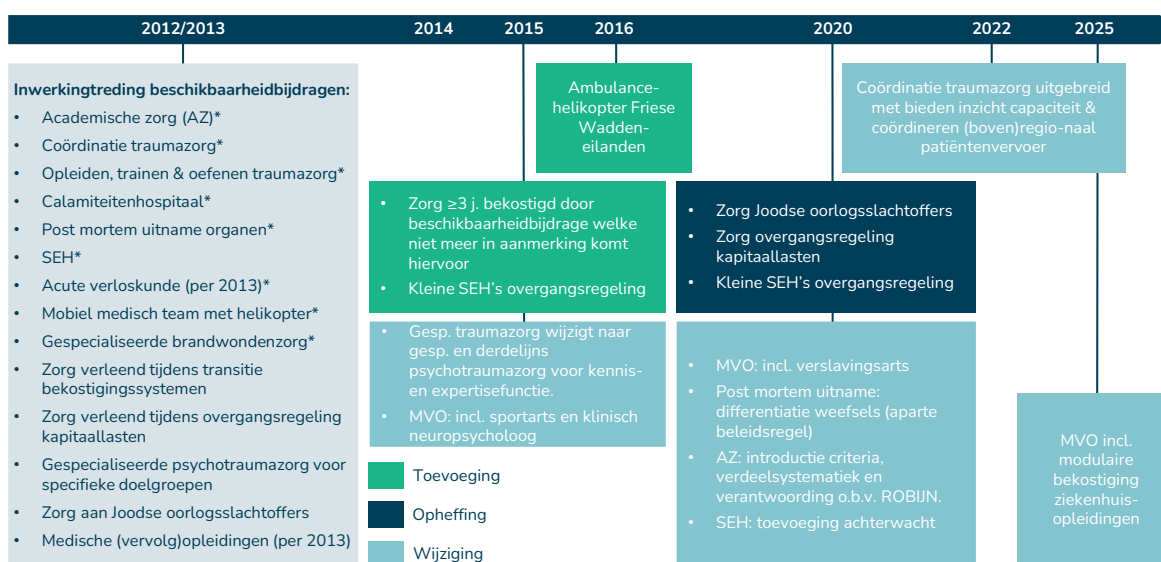
²⁴ Ontwerpbesluit Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, 16 december 2011 (zie [link](#))

²⁵ Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, 24 augustus 2012 (zie [link](#))

kwamen voor een beschikbaarheidsbijdrage. VWS besloot alsnog om (medische) vervolgoopleidingen te bekostigen met een beschikbaarheidsbijdrage en gaf daarbij in de Nota van Toelichting bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG aan dat het bij het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage niet alleen gaat om beschikbaarheid op korte termijn, maar ook op langere termijn. Hierbij kon volgens VWS gedacht worden aan opleidingen die ervoor moeten zorgen dat er ook in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel voor de zorg beschikbaar is. Voorheen werden opleidingen bekostigd via het Opleidingsfonds. Mede op basis van de evaluatie²⁶ van het Opleidingsfonds koos de minister voor een beschikbaarheidsbijdrage.²⁷⁻²⁸

2.3 Na de introductie van het instrument zijn meerdere beschikbaarheidsbijdragen veranderd

Sinds de introductie van het instrument in 2012²⁹ zijn er beschikbaarheidsbijdragen toegevoegd, opgeheven en gewijzigd (zie Figuur 3). Deze veranderingen lichten we in deze paragraaf verder toe.



*Onderdeel uitvoeringstoets NZa 2009

Figuur 3. Sinds introductie van het instrument in 2012 zijn er beschikbaarheidsbijdragen toegevoegd, opgeheven en gewijzigd.

²⁶ Regioplan (2010) Evaluatie Opleidingsfonds en CBOG: zorgopleidingen in de polder ([link](#)).

²⁷ Het Opleidingsfonds was in het leven geroepen om marktverstoring bij de invoering van de dbc-tarieven te voorkomen, pieken en dalen in het opleiden (varkenscyclus) te verkleinen, daar waar nodig opleiden te stimuleren en opleidingsplaatsen transparant te verdelen op basis van toetsbare criteria. Uit de evaluatie kwamen beleidsvoornemens om de werking ervan te versterken, de regeling te vereenvoudigen en te innoveren in de beroepen- en opleidingsstructuur.

²⁸ Kamerbrief VWS (4 maart 2011) Arbeidsmarkt en opleidingen zorgsector ([link](#)).

²⁹ De beschikbaarheidsbijdragen voor (medische) vervolgoopleidingen en acute verloskunde zijn beide in 2013 geïntroduceerd. We nemen deze niet als aparte toevoegingen mee in deze paragraaf.

2.3.1 Er zijn drie beschikbaarheidsbijdragen toegevoegd en drie beschikbaarheidsbijdragen opgeheven

In de jaren kort na introductie van het instrument zijn er drie beschikbaarheidsbijdragen toegevoegd:

- In 2015 voegde VWS een beschikbaarheidsbijdrage toe voor **zorgfuncties die eerder minimaal drie jaar via een beschikbaarheidsbijdrage waren bekostigd**, maar daar formeel niet langer voor in aanmerking kwamen.
- In 2015 introduceerde VWS een beschikbaarheidsbijdrage voor een **overgangsregeling voor kleine SEH's**: instellingen voor msz die in 2011 nog een beschikbaarheidstoeslag voor kleine SEH's ontvingen, maar in 2012 overstapten op prestatiebekostiging.³⁰
- In 2016 voegde VWS een beschikbaarheidsbijdrage voor patiëntenvervoer per **ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden** toe.³¹

In 2020 zijn drie beschikbaarheidsbijdragen opgeheven:

- VWS beëindigde de eerdergenoemde **overgangsregeling voor kleine SEH's**, omdat instellingen sindsdien regulier een beschikbaarheidsbijdrage kunnen aanvragen als zij aan de criteria voldoen.³²
- Ook hief VWS de beschikbaarheidsbijdrage voor **zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers** op, aangezien de betreffende stichting sinds 2016 via een andere subsidie wordt bekostigd.
- Tot slot verviel de beschikbaarheidsbijdrage voor **zorgverlening tijdens de overgangsregeling voor kapitaallasten** van algemene en academische ziekenhuizen, omdat deze overgangsregelingen in 2017 al waren beëindigd.³²

2.3.2 Bij zes beschikbaarheidsbijdragen hebben veranderingen plaatsgevonden

Bij zes beschikbaarheidsbijdragen hebben in de loop der jaren inhoudelijke aanpassingen plaatsgevonden. In drie gevallen ging het om substantiële aanpassingen van de beschikbaarheidsbijdragen en in drie gevallen om uitbreidingen van bestaande beschikbaarheidsbijdragen. In de loop der tijd zijn er ook kleinere aanpassingen³³ doorgevoerd, deze zijn in dit overzicht buiten beschouwing gelaten.

Bij de volgende drie beschikbaarheidsbijdragen vonden substantiële aanpassingen plaats:

- In 2015 werd de beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg aan specifieke doelgroepen³⁴ omgevormd naar een beschikbaarheidsbijdrage voor **gespecialiseerde en derdelijnspsychotraumazorg** met een landelijke kennis- en expertisefunctie. Op basis van een kostenonderzoek concludeerde de NZa dat dbc's en bijbehorende maximumtarieven toereikend waren voor instellingen die gespecialiseerde psychotraumazorg bieden, maar niet

³⁰ Besluit wijziging Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (24 april 2020), zie [link](#).

³¹ Dit volgde op het besluit van de minister van Defensie in 2014 om te stoppen met deze taak, die zij tot dan toe uitvoerde met restcapaciteit van Defensiehelikopters. De overstap naar een ander type helikopter maakte de inzet voor patiëntenvervoer lastig: het zou de capaciteit van Defensie te zwaar belasten en de helikopter was bovendien relatief groot en kostbaar voor dit doel. Kamerstuk 33 750 X Nr. 62 (18 juni 2014), zie [link](#).

³² Besluit wijziging Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (24 april 2020), zie [link](#).

³³ Zoals afbakening traumazorg en mobiel medisch team in 2014, korting beschikbaarheidsbijdrage academische zorg in 2014, gebruik van het overmachts criterium voor beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde in 2015 en personeel voor beschikbaarheidsbijdrage SEH in 2017.

³⁴ Zoals oorlogsslachtoffers, vluchtelingen en politiepersoneel.

toereikend zijn voor een zorgaanbieder met een landelijke kennis- en expertisefunctie.

Stichting Centrum '45 vervult deze rol.³⁵

- In 2020 is bij de beschikbaarheidsbijdrage voor **post mortem uitname van organen** een duidelijk onderscheid aangebracht tussen orgaan- en weefseluitname.³⁶ Transportkosten vallen bij weefseluitname onder de beschikbaarheidsbijdrage, omdat de uitnameorganisatie dit zelf regelt. Voor orgaanuitname gebeurt dit via de Nederlandse Transplantatie Stichting en valt het vervoer buiten de bijdrage.
- In 2020 is naar aanleiding van de opbrengsten van het ROBIJN-traject (zie §5.2.2 en Bijlage 2 voor meer toelichting) de beschikbaarheidsbijdrage voor **academische zorg** veranderd. Concreet zijn sinds 2020 daarmee de definities van academische zorg, de criteria voor ontvangers, de verdeling tussen de aanbieders en de verantwoording van de besteding van de middelen veranderd.

Daarnaast vonden verschillende uitbreidingen plaats:

- De beschikbaarheidsbijdrage voor **(medische) vervolgoopleidingen** werd uitgebreid met:
 - De opleidingen tot sportarts en klinisch neuropsycholoog (2015).³⁷
 - De opleiding tot verslavingsarts (2020).³⁸⁻³⁶
 - Twaalf ziekenhuisopleidingen ten behoeve van modulaire bekostiging (2025).
- In 2021 is de beschikbaarheidsbijdrage **SEH** uitgebreid met bereikbaarheid in de ANW-uren van de achterwacht.³⁹ VWS beoogde dit als tijdelijke uitbreiding totdat meer duidelijk zou zijn over het toekomstige acute zorglandschap.
- In 2022 zijn, als vervolg op de covidcrisis, de taken van ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage voor **coördinatie traumazorg en ROAZ** uitgebreid.⁴⁰ Dit betreft onder andere:
 - Inzicht bieden in regionale en landelijke capaciteit van zorgaanbieders.
 - Coördinatie van patiëntenspreiding en vervoer, ook op (boven)regionaal en internationaal niveau.

2.4 Het beoordelingskader is parallel aan de introductie van het instrument ontwikkeld, als basis voor besluitvorming

In 2012 onderzocht de NZa de afbakening van drie zorgvormen die in aanmerking kwamen voor een beschikbaarheidsbijdrage vanwege de invoering van prestatiebekostiging.⁴¹ Op basis daarvan deed zij een voorstel voor de invulling van de wettelijke criteria. Aan de hand hiervan ontwikkelde VWS het huidige beoordelingskader, parallel aan de introductie van het instrument in 2012.³⁶ Dit beoordelingskader is opgenomen in de Nota van Toelichting bij het Besluit

³⁵ Besluit (25 maart 2015) wijziging Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, zie [link](#).

³⁶ Besluit (24 april 2020) wijziging Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG ([link](#)).

³⁷ VWS (2015) wijziging Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG ([link](#)).

³⁸ VWS (3 juni 2020) Voorhangbrief aanwijzing aan NZa in verband met de wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG ([link](#)).

³⁹ VWS (2021) Aanwijzing inzake aanpassing afbakening beschikbaarheidsbijdrage SEH ([link](#)).

⁴⁰ Besluit (12 april 2023) wijziging Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG ([link](#)).

⁴¹ NZa (2012) Advies afbakening zorg beschikbaarheidsbijdrage.

beschikbaarheidsbijdrage WMG⁴² en vormt sindsdien de basis voor besluitvorming over inzet van een beschikbaarheidsbijdrage, in afwijking van reguliere prestatiebekostiging.

Het beoordelingskader bestaat uit zes criteria (zie Figuur 4). VWS bepaalt eerst welke zorgfuncties zij beschikbaar wil houden (criteria 1 en 2). De functie moet betrekking hebben op zorg die onder de Zvw of Wlz⁴³ valt (criterium 3). Als dit niet duidelijk is, vraagt VWS het Zorginstituut om hierover te oordelen. Vervolgens vraagt VWS aan de NZa om een advies te geven over criteria 4 tot en met 6. Hierbij kijkt de NZa naar of:

- er al van financiering via prestaties en tarieven is voorzien, en zo nee,
- of financiering via prestaties en tarieven mogelijk is (doordat zorg herleidbaar is tot een individuele patiënt), en zo ja,
- of financiering via prestaties en tarieven leidt tot marktverstoring bij verzekeraar of zorgaanbieders (waardoor het opstellen van prestaties en tarieven onwenselijk is).

In Hoofdstuk 4 gaan we dieper in op het beoordelingskader.



Figuur 4. Parallel aan de introductie van het instrument is het beoordelingskader ontwikkeld om te bepalen of een zorgfunctie in aanmerking komt. Deze is opgenomen in de Nota van Toelichting bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG.

Daarna start het besluitvormingsproces (zie Figuur 5). VWS vraagt de NZa om een uitvoerings- en marktverstoringstoets uit te voeren. In haar advies beantwoordt de NZa de laatste drie criteria (4 tot en met 6). Op basis van dit advies besluit de minister of de beschikbaarheidsbijdrage wordt ingezet. De minister is daarbij vrij om van het NZa-advies af te wijken.

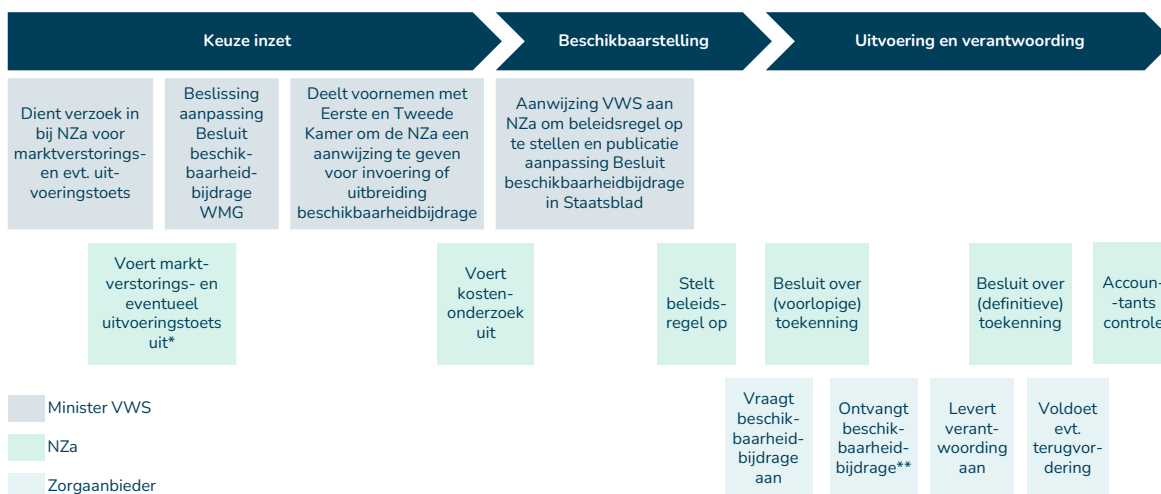
Bij een positief besluit deelt de minister het voornemen tot een beschikbaarheidsbijdrage met de Eerste en Tweede Kamer, waarna de NZa een kostenonderzoek uitvoert en vervolgens een aanwijzing ontvangt om een beleidsregel vast te stellen. Zorgaanbieders die denken in aanmerking te komen, kunnen vervolgens een aanvraag indienen. De NZa besluit over de (voorlopige) toekenning, die altijd geldt voor één jaar. Na afloop van dat jaar moeten

⁴² Besluit (24 augustus 2012) aanwijzing vormen van zorg die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage op grond van Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, inclusief Nota van Toelichting ([link](#)).

⁴³ In Figuur 4 staat nog 'AWBZ': Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de voorloper van de Wlz.

zorgaanbieders verantwoording afleggen over de besteding van de middelen en wordt dit indien van toepassing⁴⁴ getoetst aan het opgestelde accountantsprotocol. Zo nodig kan de NZa middelen terugvorderen.

De doorlooptijd van het besluitvormingsproces verschilt per situatie en hangt af van factoren zoals het type en de omvang van een (nieuwe of uitbreiding van een) beschikbaarheidsbijdrage. Dit heeft bijvoorbeeld invloed op hoeveel tijd nodig is voor het uitvoeren van een marktverstoringstoets en/of kostenonderzoek. Voor de huidige beschikbaarheidsbijdragen is de exacte doorlooptijd niet bekend.



Figuur 5. De minister van VWS bepaalt voor welke zorgfunctie(s) zij een beschikbaarheidsbijdrage overweegt. Zij laat zich vervolgens adviseren door de NZa, waarna de minister een definitief besluit neemt. De NZa is wettelijk bevoegd om te besluiten over de (voorlopige) toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage en is verder verantwoordelijk voor de uitvoering. *In sommige gevallen wordt op dit moment in het proces ook al een kostenonderzoek opgestart. **Het Zorginstituut keert de bijdrage direct aan zorgaanbieders uit vanuit het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg.

⁴⁴ Wanneer de verlening hoger is dan €125.000.

3 Wees zorgvuldiger met de toepassing van het instrument

We adviseren VWS om het instrument zorgvuldiger toe te passen. Dit begint bij structurele toetsing aan het beoordelingskader (§3.1). Voor meerdere zorgfuncties ontbreekt nu initiële en/of periodieke toetsing. Ook is het van belang dat VWS het kader consequenter hanteert en afwijken hiervan robuust en navolgbaar onderbouwt (§3.2). Het instrument is immers aantrekkelijk voor zorgaanbieders, maar kent ook mogelijke nadelen zoals inefficiëntie en oneerlijke concurrentie. Het beoordelingskader lijkt desondanks niet altijd leidend te zijn bij besluitvorming. Aanvullend adviseren we VWS om publiekelijk inzichtelijk te maken welk regime van toepassing is op de toetsing van staatssteun, om onzekerheid over en risico's op onrechtmatigheid te verkleinen (§3.3).

In Hoofdstuk 2 beschreven we de achtergrond en ontwikkeling van de beschikbaarheidsbijdrage. Vanaf dit hoofdstuk presenteren we aanbevelingen voor het instrument, gebaseerd op onze bevindingen. In dit hoofdstuk adviseren we VWS om zorgvuldiger het beoogde proces voor de toepassing van het instrument te volgen. Vervolgens beschrijven we in Hoofdstuk 4 onze hoofdaanbeveling om het gehanteerde beoordelingskader aan te scherpen.

3.1 Toets de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage structureler aan het beoordelingskader

Voor alle beschikbaarheidsbijdragen is VWS wettelijk verplicht om deze ten minste elke vijf jaar te evalueren. Tot op heden is alleen de beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgoopleidingen geëvalueerd in 2016. Hiernaast is een deel van de zorgfuncties die in 2012 instroomden nooit expliciet getoetst aan het beoordelingskader (§3.1.1). Ook voor sommige (uitbreidingen van) zorgfuncties die na 2012 instroomden als beschikbaarheidsbijdragen ontbreekt toetsing aan het beoordelingskader (§3.1.2). Daarmee blijft het merendeel van de beschikbaarheidsbijdragen zonder initiële of periodieke beoordeling (aan het beoordelingskader), terwijl structurele evaluatie vereist is op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Beschikbaarheidsbijdragen zijn een subsidie en vallen daarmee onder artikel 4:24 Awb. Deze schrijft voor dat subsidies worden beoordeeld op basis van doelmatigheid en effectiviteit, tenzij een wettelijk voorschrift anders voorschrijft. Periodieke evaluatie zou naast het beoordelen of het instrument effectief is, ook

kunnen focussen op of het nog steeds het meest passende ('last resort') bekostigingsinstrument is. Dit kan door de beschikbaarheidsbijdrage opnieuw te toetsen aan het beoordelingskader⁴⁵.

We bevelen aan om evaluatie structureel in te bedden voor alle beschikbaarheidsbijdragen en deze periodiek te toetsen aan het beoordelingskader. Voor relatief kleine beschikbaarheidsbijdragen of wanneer de inzet van het instrument evident is - zoals bij het Calamiteitenhospitaal - is toetsing niet altijd proportioneel. In dergelijke gevallen kan een lichte toets volstaan. Hiertoe biedt de zinsnede 'tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald' uit artikel 4:24 Awb mogelijk uitkomst. VWS kan onderzoeken of de minister bij het aanwijzingsbesluit - waarin zij bepaalt of een zorgfunctie bekostigd wordt met een beschikbaarheidsbijdrage - ook kan bepalen wanneer en in welke intensiteit deze geëvalueerd wordt. De grootste prioriteit voor toetsing ligt op dit moment bij de (medische) vervolgoopleidingen en de academische zorg, gezien de omvang van deze bijdragen en het grotere risico op ongewenste neveneffecten. In Hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in.

3.1.1 Een deel van de zorgfuncties die in 2012 instroomden is nooit expliciet getoetst aan het beoordelingskader

Voor een aanzienlijk deel van de zorgfuncties die bij de introductie van het instrument in 2012 zijn ingestroomd, heeft geen toetsing aan het beoordelingskader plaatsgevonden, terwijl het beoordelingskader de wettelijke criteria bevat voor het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage. Dat deze zorgfuncties initieel niet zijn getoetst aan het beoordelingskader, hangt samen met het feit dat dit kader parallel aan het instrument is opgesteld (zie §2.4). Echter, ze zijn sindsdien ook nooit aan het kader getoetst. Als gevolg is voor het merendeel van de huidige zorgfuncties niet vastgesteld of zij voldoen aan de beoogde voorwaarden uit het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Dit werpt de vraag op in hoeverre deze beschikbaarheidsbijdragen in lijn zijn met de wettelijke bedoeling van het instrument.

Een deel van de huidige beschikbaarheidsbijdragen is weliswaar gebaseerd op het NZa-advies uit 2009, maar de onderbouwing daarvan is beperkt en sluit niet altijd aan op het beoordelingskader dat sinds 2012 van kracht is.⁴⁶ In het advies van 2009 droeg de NZa negen zorgfuncties aan om via het vaste segment (later: de beschikbaarheidsbijdrage) te vergoeden (zie Tabel 1). De mate van onderbouwing verschilde: zo gaf de NZa voor het opleiden, trainen en oefenen bij rampen aan dat prestaties en tarieven niet mogelijk zijn, terwijl zij voor de donoruitnameteams geen verdere argumentatie aanvoerde. Van de negen zorgfuncties zijn er vier nooit formeel getoetst aan het latere beoordelingskader. De overige vijf zijn inmiddels wel langs dit kader gelegd.

⁴⁵ In de Nota van Toelichting bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg benadrukte VWS de noodzaak tot evaluatie en heroverweging van de inzet van het instrument. Hierin staat expliciet dat de aanwijzing van zorgvormen en het toekennen van beschikbaarheidsbijdragen geen statische situatie vormt en geregeld opnieuw moet worden gezien. *“Daarbij zij gezegd dat de noodzaak tot het aanwijzen van de vormen van zorg noch het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage een statische situatie is. Van tijd tot tijd wordt de noodzaak van beschikbaarheid opnieuw gezien, net als de onderliggende kostenberekening van een beschikbaarheidsbijdrage. Hetzelfde geldt voor eventuele strijdigheid met Europese staatssteunregels.”*

⁴⁶ VWS stelde in 2012 het beoordelingskader op in het Besluit Beschikbaarheidsbijdrage Wmg op basis van het NZa-advies in 2012 ([link](#)) over de afbakening van zorg voor de beschikbaarheidsbijdrage.

Naast de zorgfuncties uit het NZa-advies van 2009 zijn er ook beschikbaarheidsbijdragen die én geen onderdeel waren van het NZa-advies én nooit aan het beoordelingskader zijn getoetst: (medische) vervolgoopleidingen, gespecialiseerde psychotraumazorg en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers.⁴⁷

Tabel 1. Een groot deel van de beschikbaarheidsbijdragen is niet getoetst aan het beoordelingskader. *De beschikbaarheidsbijdrage voor zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers is in 2020 opgeheven.

Beschikbaarheidsbijdrage	Onderdeel NZa-advies 2009	Toets beoordelingskader
Mobiel medisch team met helikopter	Ja	Ja, deels positief advies (link)
Gespecialiseerde brandwondenzorg	Ja	Ja, deels positief advies (link)
Spoedeisende hulp	Ja	Ja, negatief advies (link)
Acute verloskunde	Ja	Ja, negatief advies (link)
Post mortem uitname organen	Ja	Ja, negatief advies (link)
Academische zorg	Ja	Nee
Coördinatie traumazorg & ROAZ	Ja	Nee
Opleiden, trainen & oefenen traumazorg	Ja	Nee
Calamiteitenhospitaal	Ja	Nee
(medische) vervolgoopleidingen	Nee	Nee
Gespecialiseerde psychotraumazorg	Nee	Nee
Zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers*	Nee	Nee

3.1.2 Voor sommige (uitbreidingen van) zorgfuncties die na 2012 instroomden als beschikbaarheidsbijdragen ontbreekt (uitgebreide) toetsing aan het beoordelingskader

Ook voor sommige zorgfuncties die na 2012 zijn toegevoegd aan de beschikbaarheidsbijdragen ontbreekt toetsing aan het beoordelingskader (zie Tabel 2). Voor enkele uitbreidingen is geen toets uitgevoerd, waaronder de opleiding tot sportarts binnen de (medische) vervolgoopleidingen en verslavingsarts. Voor de uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdragen voor de post mortem uitname van weefsels voerde de NZa een korte toets uit, zonder rapportage. De NZa concludeerde dat de deze zorgfunctie niet in aanmerking kwam voor een beschikbaarheidsbijdrage doordat er geen sprake was van marktverstoring.

Bij de toevoeging van de opleiding tot verslavingsarts toetste de NZa of de opleiding in lijn was met de opleidingen die op dat moment (2019) al in aanmerking kwamen voor de beschikbaarheidsbijdrage.⁴⁸ Op basis hiervan concludeerde de NZa dat de opleiding in aanmerking kwam voor bekostiging middels beschikbaarheidsbijdrage. Dit terwijl de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen geen onderdeel was van het oorspronkelijke NZa-advies uit 2009 en hierna ook niet door de NZa is getoetst.

⁴⁷ Voor zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers is de beschikbaarheidsbijdrage in 2020 opgeheven.

⁴⁸ NZa (2019) Adviesaanvraag beschikbaarheidsbijdrage opleiding verslavingsarts (niet openbaar).

De NZa heeft wel een marktverstoringstoets uitgevoerd voor de instroom van de ambulancehelikopter naar de Friese Waddeneilanden en de uitbreiding hiervan met vluchten naar Texel. Ook de uitbreiding van de SEH met een achterwachtfunctie is getoetst aan het kader. De meest recente uitbreiding – twaalf ziekenhuisopleidingen binnen de (medische) vervolgoopleidingen – is ook getoetst aan het beoordelingskader.

Tabel 2. Voor meerdere zorgfuncties die na 2012 zijn ingestroomd, ontbreekt toetsing aan het beoordelingskader.

Beschikbaarheidsbijdrage	Jaar instroom	Toetsing aan beoordelingskader?
(Medische) vervolgoopleidingen: 12 ziekenhuisopleidingen	2025	Ja (link)
Ambulancehelikopter Wadden	2016	Ja (link)
Ambulancehelikopter Wadden: uitbreiding Texel	n.v.t.	Ja (link)
Spoedeisende hulp uitbreiding achterwacht	2021	Ja (link)
Post mortem uitname weefsel	2020	Ja (korte toets, geen rapport)
(Medische) vervolgoopleidingen: verslavingsarts	2020	Nee, wel toetsing of opleiding tot verslavingsarts in lijn was met andere opleidingen ⁴⁹
(Medische) vervolgoopleidingen: sportarts	2015	Nee

3.2 Hanteer het beoordelingskader consequenter of onderbouw afwijken ervan robuust en navolgbaar

De beschikbaarheidsbijdrage blijkt een aantrekkelijk instrument voor zorgaanbieders, maar leidt er wel toe dat betreffende zorg buiten de zorginkoopmarkt valt (§3.2.1). Mede daarom moeten VWS, als stelselverantwoordelijke, en de NZa scherp toezien op zorgvuldige inzet ervan. Dit is nodig om te borgen dat het instrument alleen wordt ingezet voor zorgfuncties waarvoor het daadwerkelijk het meest passende ('last resort') bekostigingsinstrument is, en niet voor knelpunten die zich beter via andere routes laten oplossen. Het is daarom essentieel dat de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage alleen plaatsvindt op basis van een transparant en zorgvuldig afwegings- en besluitvormingsproces. Voor de verzoeken tot beschikbaarheidsbijdrage die het proces doorlopen blijkt het beoordelingskader echter niet altijd leidend te zijn bij de besluitvorming door VWS (§3.2.2). Daarnaast motiveert de minister het afwijken van het NZa-advies meestal met uitvoerbaarheidsargumenten, maar varieert de grondigheid van de onderbouwing daarbij (§3.2.3).

We adviseren VWS om het beoordelingskader daarom consequenter toe te passen. Onderdeel hiervan is een gedegen advies van de NZa op basis van het beoordelingskader. Hoewel de minister wettelijk bevoegd is om af te wijken van het advies van de NZa, is het belangrijk dat zij zulke besluiten helder motiveert, om te voorkomen dat het gebruik van het instrument willekeurig

⁴⁹ De verslavingsarts is wel meegenomen in het kostenonderzoek ggz 2016-2019 ([Beschikbaarheid van \(medische\) vervolgoopleidingen ggz](#)).

of onnavolgbaar overkomt. We bevelen VWS daarom aan om, als zij besluit af te wijken van het advies van de NZa, robuust en navolgbaar te onderbouwen waarom. Hierdoor verkleint zij het 'grijze gebied' in het toepassen van bekostigingsvormen en maakt zij het voor (veld)partijen inzichtelijk waarom bepaalde zorgfuncties op verschillende manieren worden bekostigd.

3.2.1 De beschikbaarheidsbijdrage is een aantrekkelijk instrument voor zorgaanbieders maar kent ook nadelen zoals inefficiëntie en oneerlijke concurrentie

De beschikbaarheidsbijdrage biedt zorgaanbieders vooraf financiële zekerheid over inkomsten⁵⁰ en is daarmee een aantrekkelijk instrument.

Tegelijkertijd leidt inzet van het instrument ertoe dat zorg buiten de zorginkoopmarkt valt, doordat de rol van de zorgverzekeraar in de inkoop of sturing van deze zorg vervalst.⁵¹ Doordat er geen sprake is van concurrentie op de zorginkoopmarkt en de inkomsten gegarandeerd zijn, zijn de prikkels vanuit de inkoop voor efficiëntie en innovatie beperkt. Er zijn daarnaast overigens wel externe prikkels die efficiëntie en innovatie alsnog stimuleren (zoals arbeidsmarktkrapte).

Ook kan de inzet van een beschikbaarheidsbijdrage leiden tot ongewenste neveneffecten. Bij overlap met regulier bekostigde zorg en onzekerheid over de hoogte van de vergoeding ten opzichte van de werkelijke kosten, bestaat er een risico op over- of ondercompensatie. Bij overcompensatie kunnen ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage bijvoorbeeld een concurrentievoordeel krijgen ten opzichte van niet-ontvangers doordat zij lagere tarieven kunnen hanteren voor andere vormen van zorg. Ook zouden zorgaanbieders met gegarandeerde financiering (regionale) marktmacht kunnen opbouwen op de zorginkoopmarkt omdat zorgverzekeraars niet om deze aanbieders heen kunnen. In §5.2 gaan we hier verder op in.

3.2.2 Voor de verzoeken die het proces doorlopen blijkt het beoordelingskader niet altijd leidend te zijn bij de besluitvorming door VWS

Partijen dienen regelmatig verzoeken in voor beschikbaarheidsbijdragen, waarvan VWS en NZa meestal vroegtijdig concluderen dat de beschikbaarheidsbijdrage niet passend is

Partijen vragen regelmatig om toepassing van de beschikbaarheidsbijdrage, ook wanneer er waarschijnlijk niet aan de wettelijke criteria wordt voldaan. Zowel politiek als het zorgveld pleiten geregeld voor de invoering of uitbreiding van beschikbaarheidsbijdragen. Bijvoorbeeld voor de bekostiging van Thuisarts.nl, tolken, de hyperbare zuurstofkamer en dienstapotheken.

Het merendeel van de verzoeken leidt niet tot uitbreiding van de regeling. Veel initiatieven blijven hangen bij Kamervragen of intern overleg van VWS, waarbij duidelijk wordt dat de beschikbaarheidsbijdrage niet een passend instrument is. Soms volgt een nadere verkenning door de NZa, bijvoorbeeld in de vorm van een onderzoeksrapport of een marktverstoringstoets.

⁵⁰ De vergoeding is gebaseerd op historische kosten. Indien deze niet worden besteed, valt de vergoeding nadat een nieuw kostenonderzoek is uitgevoerd overigens wel lager uit.

⁵¹ Voor sommige huidige beschikbaarheidsbijdragen geldt overigens wel dat de zorgverzekeraar een rol in de inkoop behoudt, omdat een ander deel van deze zorgfunctie nog wel via prestatiebekostiging verloopt. Zoals bij SEH, acute verloskunde en brandwondenzorg.

Van de verzoeken die het proces volledig doorlopen, week de minister in de meeste gevallen af van het advies van de NZa

Wanneer verzoeken wel het (volledige) proces doorlopen, blijkt het beoordelingskader niet altijd leidend te zijn bij de besluitvorming door VWS over beschikbaarheidsbijdragen. In de meeste gevallen week de minister namelijk af van het advies van de NZa.

In acht gevallen kende de minister van VWS een beschikbaarheidsbijdrage toe ondanks een (deels) negatief advies van de NZa (zie Tabel 3):

- In vijf van deze gevallen achtte de NZa bekostiging via reguliere prestaties of tarieven mogelijk: het ging om de variabele kosten van de **mobiel medische teams** met helikopter⁵², de variabele kosten van gespecialiseerde **brandwondenzorg**⁵², de meerkosten voor **SEH** en **acute verloskunde**⁵³, de uitbreiding van de **SEH met achterwacht**⁵³.
- In twee andere gevallen - de **ambulancehelikopter** naar de Friese Waddeneilanden⁵⁴ en de **post mortem uitname van organen** - adviseerde de NZa om aan te sluiten bij bestaande budgetbekostiging binnen de desbetreffende sector.
- Voor de **post mortem uitname van weefsels** adviseerde de NZa op basis van een korte toets om geen beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen, omdat er geen sprake was van marktverstoring.

In twee gevallen – beide voor de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen – concludeerde de NZa dat er niet werd voldaan aan de criteria van het beoordelingskader, maar adviseerde zij alsnog positief over de inzet van beschikbaarheidsbijdrage, wat de minister opvolgde:

- De uitbreiding met **twaalf ziekenhuisopleidingen**⁵⁵. De NZa concludeerde dat bekostiging via prestaties en tarieven mogelijk is en dat dit niet zou leiden tot marktverstoring. Desondanks adviseerde zij om de twaalf opleidingen op te nemen in de beschikbaarheidsbijdrage, omdat dit noodzakelijk was voor de modulaire bekostiging van de al opgenomen ziekenhuisopleidingen binnen de beschikbaarheidsbijdrage. De minister voegde in 2025 deze opleidingen (tijdelijk) toe.⁵⁶
- De uitbreiding met de opleiding tot **verslavingsarts**. In afstemming met VWS voerde de NZa geen extensieve marktverstoringstoets uit, maar toetste zij of de opleiding in lijn was met de andere opleidingen die al in aanmerking kwamen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Op basis hiervan gaf zij een positief advies. In 2020 voegde de minister de opleiding toe aan de beschikbaarheidsbijdrage.

In één geval week de minister niet af van het negatieve NZa-advies, namelijk voor de **uitbreiding van de ambulancehelikopter met vluchten naar Texel**.⁵⁷⁻⁵⁸

⁵² NZa (2012) Advies Afbakening zorg beschikbaarheidsbijdrage ([link](#)).

⁵³ NZa (2021) Advies beschikbaarheidsbijdrage SEH ([link](#)).

⁵⁴ NZa (2015) Analyse ambulancehelikopter Fries Waddeneilanden ([link](#)).

⁵⁵ NZa (2023) Marktverstoringstoets uitbreiding beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen ([link](#)).

⁵⁶ De minister gaf bij haar besluit aan dat gedurende vijf jaar wordt verkend of structurele verbeteringen aan het beoordelingskader mogelijk zijn voor de beschikbaarheidsbijdrage in relatie tot de (medische) vervolgoopleidingen.

⁵⁷ NZa (2020) Brief en advies uitbreiding acuut ambulancevervoer door de ambulancehelikopter voor Texel ([link](#)).

⁵⁸ VWS (2020) Kamerbrief acute zorg ([link](#)).

3.2.3 De minister motiveert afwijken van het NZa-advies meestal met uitvoerbaarheidsargumenten, maar de grondigheid van onderbouwing varieert daarbij

De minister gebruikt meestal argumenten over de uitvoerbaarheid van reguliere bekostigingswijzen, om af te wijken van het NZa-advies. In §4.1.3 adviseren we VWS daarom om dergelijke uitvoerbaarheidsargumenten expliciet op te nemen in het beoordelingskader. Zo kunnen deze argumenten vooraf en op een meer gestructureerde wijze worden meegenomen in de besluitvorming over een beschikbaarheidsbijdrage.

De grondigheid waarmee de minister de uitvoerbaarheidsargumenten onderbouwt varieert. Soms is de toelichting summier en moeilijk navolgbaar, terwijl deze in andere gevallen juist uitgebreider is. Hieronder lichten we concrete voorbeelden toe.

Voor de **SEH** en **acute verloskunde** adviseerde de NZa om de risicoverevening aan te passen in plaats van een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen, vanwege geografische marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt. De minister achtte dat onuitvoerbaar, mede omdat risicoverevening volgens haar geen rekening kan houden met kostenverschillen door aanbodfactoren en Europese wetgeving het gebruik van de risicoverevening als sturingsinstrument verbiedt. De minister lichtte dit niet verder toe.⁵⁹ De minister gebruikte hetzelfde argument om het NZa-advies over de **ambulancehelikopter** naar de Friese Waddeneilanden terzijde te schuiven.⁶⁰ De NZa pleitte daarvoor bekostiging via het reguliere budgetmodel en aanvullend onderzoek naar marktverstoring.

Voor uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage **SEH met een achterwachtfunctie** gaf de NZa eveneens een negatief advies omdat de meerkosten via reguliere bekostiging vergoed konden worden en omdat dit niet leidt tot marktverstoring. Toch besloot de minister de beschikbaarheidsbijdrage tijdelijk uit te breiden met achterwacht vanwege de behoefte aan financiële stabiliteit van ziekenhuizen in coronatijd. De minister is hierover in gesprek gegaan met de NZa en vroeg de NZa om aanvullend advies over de technische uitvoerbaarheid.⁶¹ De minister lichtte haar besluit toe in een kamerbrief waarin zij de achtergrond, uitkomsten van de marktverstoringstoets en het kostenonderzoek, de aanvullende analyse en haar besluit toelichtte.

In het geval van de **post mortem uitname van organen** koos de minister voor een beschikbaarheidsbijdrage, ondanks het NZa-advies om de bekostiging via de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) te laten verlopen. De minister motiveerde dit - via een uitgebreide kamerbrief⁶² - met het gebrek aan transparantie in de huidige structuur en de combinatie van rollen bij de NTS (regisseur, onderhandelaar en kassier), die zij onwenselijk achtte: een analyse die door de NTS werd onderschreven.⁶³ KPMG had in een eerdere verkenning zowel prestatiebekostiging als een beschikbaarheidsbijdrage als mogelijke alternatieven genoemd.⁶⁴ Ook voor de **post mortem uitname van weefsels** adviseerde de NZa negatief over een beschikbaarheidsbijdrage, omdat er geen sprake van marktverstoring was. De minister besloot

⁵⁹ VWS (2015) Kamerbrief acute zorg ([link](#)).

⁶⁰ VWS (2015) Kamerbrief vaststelling begrotingsstaten ministerie van VWS ([link](#)).

⁶¹ VWS (2021) Kamerbrief acute zorg ([link](#)).

⁶² VWS (2017) Kamerbrief evaluatie orgaandonatie ([link](#)).

⁶³ NTS (2017) Bijlage 1 Huidige situatie weefselketen ([link](#)).

⁶⁴ KPMG (2015) Bekostiging van de weefselketen ([link](#)).

toch voor een beschikbaarheidsbijdrage, zodat Nederland niet afhankelijk zou raken van het buitenland.

Voor de **mobiel medische teams** met helikopter⁶⁵ en de **brandwondenzorg** besloot de minister ook de variabele (direct patiëntgebonden) kosten via een beschikbaarheidsbijdrage te vergoeden, omdat deze relatief klein waren en aparte bekostiging tot extra uitvoeringslasten zou leiden. Er is geen nadere toelichting van de minister bekend.

Voor de **uitbreiding van de ambulancehelikopter** naar de Friese Waddeneilanden met vluchten naar Texel gaf de NZa eveneens een negatief advies omdat aan geen van de criteria uit het beoordelingskader werd voldaan. De minister volgde het advies van de NZa op en breidde de beschikbaarheidsbijdrage niet uit met vluchten naar Texel.⁶⁶

Tabel 3. De minister van VWS week bijna altijd af van de negatieve adviezen van de NZa op basis van het beoordelingskader.

Beschikbaarheidsbijdrage	Advies	Besluit minister
Spoedeisende hulp	Negatief	Positief (zie link)
Acute verloskunde	Negatief	Positief (zie link)
Ambulancehelikopter Wadden	Negatief	Positief (zie link)
Post mortem uitname organen	Negatief	Positief (zie link)
Post mortem uitname weefsels	Negatief	Positief (geen reactie minister bekend)
Spoedeisende hulp uitbreiding achterwacht	Negatief	Positief (zie link)
Mobiel medisch team met helikopter	Deels negatief	Positief (zie link)
Gespecialiseerde brandwondenzorg	Deels negatief	Positief (zie link)
(Medische) vervolgoopleidingen uitbreiding 12 ziekenhuisopleidingen	Positief: op basis van beoordelingskader is toevoeging niet gerechtvaardigd, maar NZa adviseerde alsnog positief om modulaire bekostiging mogelijk te maken	Positief (zie link)
(Medische) vervolgoopleidingen uitbreiding verslavingsarts	Positief: geen extensieve marktverstoringstoets uitgevoerd, maar toets op consistentie met de opleidingen die al in aanmerking kwamen voor de beschikbaarheidsbijdrage.	Positief (geen reactie minister bekend)
Ambulancehelikopter uitbreiding vluchten naar Texel	Negatief	Negatief (zie link)

⁶⁵ NZa (2015) Analyse ambulance helikopter Friese Waddeneilanden ([link](#)).

⁶⁶ VWS (2020) Kamerbrief acute zorg ([link](#)).

3.3 Maak publiekelijk inzichtelijk welk regime van toepassing is op de toetsing van staatssteun

Om onzekerheid over de vraag of staatssteun rechtmatig is verleend te verkleinen, is het belangrijk dat VWS expliciteert welk regime van toepassing is op de toetsing van staatssteun voor de beschikbaarheidsbijdragen (§3.3.1). Het inzichtelijk maken van de wijze waarop staatssteun is verleend versterkt ook het vertrouwen van de samenleving - waaronder partijen die niet in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage - dat er geen overcompensatie plaatsvindt. Uit onze evaluatie blijkt dat niet altijd openbaar inzichtelijk is welk regime van toepassing is op de toetsing van staatssteun (§3.3.2).

We adviseren VWS om per beschikbaarheidsbijdrage publiekelijk inzichtelijk te maken welk regime van toepassing is, en hoe dit regime is toegepast. Dit kan VWS bijvoorbeeld opnemen in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG of in de Nota van Toelichting bij het besluit. Zo wordt duidelijk op welke (staatssteun)regels de toekenning gebaseerd is en hoe overcompensatie wordt voorkomen.

3.3.1 Inzicht in het toetsingsregime verkleint onzekerheid en risico's op onrechtmatigheid

Europese wetgeving schrijft voor dat publieke middelen proportioneel en doelmatig worden ingezet. Overcompensatie is hierbij nadrukkelijk niet toegestaan. Welk toetsingsregime wordt gehanteerd – zoals een niet-economische dienst van algemeen belang (nedab) of dienst van algemeen economisch belang (daeb) – bepaalt mede of en hoe (volgens welk juridisch kader) steuntoetsing moet plaatsvinden.

Over het algemeen worden diensten die door of namens de overheid worden uitgevoerd in het kader van haar publieke taak aangeduid als diensten van algemeen belang (dab). Deze diensten worden onderscheiden in nedab en daeb. De nedab vallen buiten de werkingssfeer van de mededingingsregels en dus buiten de staatssteunregels.⁶⁷ Als de zorgorganisatie naast de nedab nog andere economische activiteiten verricht, is relevant dat er geen hogere compensatie van de nedab plaatsvindt dan noodzakelijk om het weglekken van gelden aan deze activiteiten te voorkomen.

Compensatie ten behoeve van een daeb moet worden getoetst aan de staatssteunregelgeving. Zonder heldere kwalificatie ontbreekt een duidelijke basis om vast te stellen of een vergoeding passend is.⁶⁸ Door op dit punt heldere keuzes te maken en deze openbaar inzichtelijk te maken kan maatschappelijke onrust en twijfel over een gelijk speelveld op dit punt wellicht worden weggenomen.⁶⁹

⁶⁷ De Europese Commissie beoordeelt of de overheid terecht een dienst heeft aangemerkt als nedab.

⁶⁸ Of er sprake is van strijdigheid met de Europese staatssteunregels is aan de Europese Commissie om te beoordelen.

⁶⁹ Bijvoorbeeld: Volkskrant (16 december 2024) Deze operatietafel is mede mogelijk gemaakt door uw arts in opleiding tot medisch specialist ([link](#)). NVTG (23 oktober 2024) Meer, meer, meer opleidingsplekken ([link](#)). Financieel Dagblad (28 november 2024) Opleiden van dokters is een black box van een miljard, die gaat eindelijk open ([link](#)).

3.3.2 Het is voor niet-ontvangende partijen niet inzichtelijk welk toetsingsregime van toepassing is en hoe dit wordt toegepast

Voor partijen die geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangen en andere belanghebbenden is het momenteel niet inzichtelijk welk toetsingsregime van toepassing is en hoe dit wordt toegepast. Het is onduidelijk wanneer of de overheid uitgaat van een nedab, daeb of een andere vrijstelling op grond van de Europese staatssteunregels. Elk regime kent andere eisen voor toetsing op overcompensatie (zie §3.3.1).

De verantwoordelijkheid om te motiveren of sprake is van een nedab of daeb ligt bij de overheid, in dit geval bij VWS. In 2009 wees de NZa er al op dat het noodzakelijk is dat VWS in de aanwijzing van zorgaanbieders duidelijk omschrijft welke nedab/daeb onder het vaste segment vallen. Hoewel de NZa de kwalificatie voor een nedab of een daeb in individuele beschikkingen aan zorgaanbieders vermeldt (bijvoorbeeld nedab⁷⁰ (medische) vervolgoopleidingen), maakt VWS deze informatie niet openbaar beschikbaar.

⁷⁰ In beleidstukken lijkt de term 'dab' te worden gebruikt als 'nedab'.

4 Scherp het beoordelingskader voor inzet van het instrument aan

We raden VWS aan om het beoordelingskader voor de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage aan te scherpen. Dit kan ten eerste door het kader uit te breiden met: een expliciete afweging van alternatieve bekostigingsopties, een route voor niet-economische diensten van algemeen belang, en fundamentele uitvoerbaarheidsoverwegingen (§4.1). Daarnaast adviseren we de NZa om de marktverstoringstoets nauwkeuriger en gestructureerder in te richten. Dit vraagt om: een zo specifiek mogelijke marktafbakening, een herziening van de gehanteerde prijs- of premieverschilgrenzen, en het toetsen van alle elementen van de huidige definitie, of een gemotiveerde onderbouwing bij afwijkingen ervan (§4.2).

In Hoofdstuk 3 beschreven we dat VWS het proces voor toepassing van het instrument zorgvuldiger kan volgen. Dit hoofdstuk bouwt hierop voort en beschrijft onze hoofdaanbeveling om het beoordelingskader voor de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage scherper vorm te geven. Daarbij hanteren we als uitgangspunt dat VWS - net als bij de introductie van het instrument - de beschikbaarheidsbijdrage nog steeds alleen als 'last resort' bekostigingsoptie wil inzetten.

4.1 Breid het beoordelingskader uit om de besluitvorming beter te ondersteunen

Zoals in Hoofdstuk 2 toegelicht gebruikt VWS een beoordelingskader (zie Figuur 4) om te bepalen wanneer zij de beschikbaarheidsbijdrage inzet. De NZa vervult hierbij een rol in het beantwoorden van criteria 4 tot en met 6⁷¹, via het uitvoeren van een marktverstoringstoets.

We bevelen VWS op basis van de bevindingen van deze evaluatie aan om het beoordelingskader uit te breiden met: een expliciete afweging van alternatieve bekostigingsopties (§4.1.1), een route voor niet-economische diensten van algemeen belang (§4.1.2), en fundamentele uitvoerbaarheidsoverwegingen (§4.1.3). Verdere verkenning is nodig om te bepalen hoe deze uitbreidingen kunnen worden opgenomen in het beoordelingskader.

4.1.1 Neem alternatieve bekostigingsvormen op in het beoordelingskader omdat zij inmiddels een logischer alternatief kunnen vormen dan de beschikbaarheidsbijdrage

Ervan uitgaande dat VWS de beschikbaarheidsbijdrage inderdaad alleen als 'last resort' bekostigingsoptie wil inzetten, is het huidige beoordelingskader niet actueel. Het houdt namelijk

geen rekening met alternatieve bekostigingsopties buiten prestaties en tarieven om. Alternatieve bekostigingsvormen kunnen (inmiddels) een logischer alternatief vormen voor prestaties en tarieven dan de beschikbaarheidsbijdrage.

We bevelen daarom aan om alternatieve bekostigingsopties explicieter op te nemen in het beoordelingskader, zodat de NZa bij het huidige criterium 5 aan kan geven welke bekostigingsvormen mogelijk zijn wanneer prestaties en tarieven niet haalbaar blijken. Zie ter illustratie de gele toevoegingen in Figuur 6.



Figuur 6. We bevelen aan om alternatieve bekostigingsopties explicieter op te nemen in het beoordelingskader (zie gele toevoegingen ten opzichte van het huidige beoordelingskader).

Alternatieve bekostigingsvormen waren bij de introductie van het instrument een minder evident alternatief voor prestaties en tarieven dan de beschikbaarheidsbijdrage

Gezien de historische context is het te begrijpen dat het beoordelingskader zich beperkt tot een vergelijking tussen slechts de prestatiebekostiging⁷² en de beschikbaarheidsbijdrage.⁷³ Bij de invoering van prestatiebekostiging zagen VWS en de NZa de beschikbaarheidsbijdrage namelijk als het meest logische alternatief. Hoewel andere bekostigingsvormen - zoals budgetbekostiging - destijds al bestonden, sloten deze minder goed aan bij de beweging richting prestaties en tarieven. De overheid en het zorgveld wilden toen juist af van dergelijke bekostigingsmodellen. Overigens noemde de NZa⁷⁴ bij de introductie van de beschikbaarheidsbijdrage wel drie alternatieve bekostigingsopties voor de beschikbaarheidsbijdrage:

- Opslag op de gereguleerde tarieven inclusief risicoverevening wanneer dit tot forse differentiatie in de tarieven zou leiden.

⁷² Besluit Beschikbaarheidsbijdrage Wmg (2012) Nota van Toelichting (zie [link](#)).

⁷³ Oftewel, of er tarieven te ontwikkelen zijn die rechtmatig ten laste van de Zvw en Wlz kunnen worden gebracht. Prestaties die door zorgaanbieders worden geleverd en in rekening worden gebracht aan verzekerden, moeten te herleiden zijn naar individuele verzekerden, willen de verzekerden die tarieven via verzekeraars ten laste van de Zvw of Wlz kunnen brengen. Om die tarieven of prestaties te kunnen vaststellen, moet de zorg in elk geval herleidbaar zijn naar individuele patiënten.

⁷⁴ NZa (oktober 2009) Advies Van Budget naar Prestatie (zie [link](#)).

- Apart fonds van zorgverzekeraars of zorgaanbieders, zoals eerder toegepast voor de academische component.
- Opbrengstverrekening door vaste vergoeding in rekening te brengen bij zorgverzekeraars.

Inmiddels zijn alternatieve bekostigingsvormen gebruikelijker voor vergelijkbare zorgfuncties

Sinds de introductie van de beschikbaarheidsbijdrage in 2012 zijn andere (nieuwe) vormen van bekostiging geïntroduceerd en verkend voor zorgfuncties die vergelijkbaar zijn met de functies die VWS momenteel via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigt.

Zo introduceerde VWS **budgetbekostiging** (zie Kader 1 voor extra toelichting) voor ambulancezorg in 2014 en voor acute ggz in 2020. Op dit moment onderzoekt VWS in samenwerking met de NZa ook of budgetbekostiging geschikt is voor de bekostiging van zorgcoördinatie⁷⁵⁻⁷⁶, de SEH⁷⁷⁻⁷⁸, acute verloskunde⁷⁹, IC⁸⁰ en uitbreiding van budgetbekostiging voor de acute ggz⁸¹. Waar bij de beschikbaarheidsbijdrage de bekostiging volledig via de overheid verloopt – zonder rol voor zorgverzekeraars, is bij budgetbekostiging de representerende zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de bekostiging (zie Kader 1). De representerende zorgverzekeraar maakt jaarlijks budgetafspraken met zorgaanbieders. Gezien haar rol in het stelsel beschikt de zorgverzekeraar over meer informatie en mogelijkheden tot inhoudelijke betrokkenheid dan de overheid. Bovendien kan zij de budgetbekostiging beter laten aansluiten op de reguliere zorginkoop.

Daarnaast zijn in recente jaren **betaaltitels voor (niet-patiëntgebonden) samenwerking** ingevoerd (zie Kader 1 voor extra toelichting). Voorbeelden hiervan zijn de betaaltitel voor Algemene Diensten ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ), die in 2023 voor ParkinsonNet⁸² werd ingezet, en de betaaltitel voor PatiëntGroepsgebonden Afstemming binnen de Zvw (PGAZ), die de NZa in 2024 introduceerde. Deze betaaltitels zijn bedoeld voor zorginhoudelijke samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders. Een zorgfunctie zoals coördinatie van traumazorg en ROAZ – die momenteel via de beschikbaarheidsbijdrage wordt bekostigd – zou mogelijk ook via een dergelijke betaaltitel bekostigd kunnen worden. Betaaltitels bieden echter minder zekerheid dat de bekostigde functies daadwerkelijk voldoende worden uitgevoerd. Dit komt doordat deze betaaltitels afhankelijk zijn van initiatieven van regionale partijen en omdat de inkoop ervan in concurrentie verloopt. Hoewel dit soort betaaltitels maatwerk voor lokale verschillen mogelijk maakt, zijn ze minder geschikt als alternatieve bekostigingswijze voor het het waarborgen van landelijk beschikbare zorgfuncties. Er kunnen immers regionale verschillen ontstaan en landelijke uniformiteit ontbreekt.

Kader 1. Extra toelichting over budgetbekostiging en betaaltitels voor (niet-patiëntgebonden) samenwerking.

⁷⁵ NZa (maart 2024) Advies Budgetbekostiging zorgcoördinatie (zie [link](#)).

⁷⁶ NZa (september 2023) Handvatten voor financiering zorgcoördinatiecentrum per 2024 (zie [link](#)).

⁷⁷ NZa (december 2023) Advies Bekostiging acute zorg (zie [link](#)).

⁷⁸ NZa (maart 2022) Advies Passende acute zorg (zie [link](#)).

⁷⁹ NZa (februari 2025) Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp en acute verloskunde (zie [link](#)).

⁸⁰ VWS (februari 2025) Nieuwsbericht: Minister Agema will snel minder marktwerking in de acute zorg (zie [link](#)).

⁸¹ VWS (april 2025) Kamerbrief over beperking marktwerking in de acute ggz (zie [link](#)).

⁸² ParkinsonNet (november 2022) Financiering coördinatiecentrum via ADZ-regeling (zie [link](#)).

Budgetbekostiging

Bij budgetbekostiging moet zorg toerekenbaar zijn aan individuele patiënten. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar komen een budget overeen op basis van een bepaalde grondslag en NZa-budgetparameters. De NZa onderscheidt vier grondslagen om de omvang van het budget te bepalen:

- 1 Benodigde capaciteit (bijvoorbeeld aantal bedden of ambulances).
- 2 Omvang van populatie (bijvoorbeeld aantal inwoners in adherentiegebied).
- 3 Een combinatie hiervan (bijvoorbeeld aantal coördinatiemedewerkers per aantal inwoners).
- 4 Beschikbare financiële middelen (bijvoorbeeld maximaal €10 miljoen beschikbaar).

Vervolgens stelt de NZa budgetparameters vast. Op basis daarvan komen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar een budget overeen, welke de NZa vervolgens vaststelt. Financiering kan daarna plaatsvinden door vastgestelde prestaties⁸³ te declareren tegen vaste tarieven om het budget te vullen (met nacalculatie om het verschil tussen het budget en de werkelijke opbrengsten te verrekenen), of via een lumpsumbedrag per periode, waarbij de zorgaanbieder niet per geleverde zorgactiviteit hoeft te declareren. Budgetbekostiging vindt plaats via inkoop in representatie, waarbij één of twee zorgverzekeraars namens alles zorgverzekeraars inkopen voor een bepaalde regio of zorgaanbieder. Andere zorgverzekeraars zijn verplicht deze afspraken te volgen.

Betaaltitels (niet-patiëntgebonden) samenwerking

Deze betaaltitels bracht de NZa tot stand voor samenwerking of coördinatie die niet toe te rekenen is aan individuele patiënten. Ze bieden zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte om de invulling af te stemmen op hun specifieke context. Het gaat om schriftelijke afspraken tussen beide partijen over bijvoorbeeld de aard van sector- of domeinoverstijgende samenwerking en de betrokken patiëntgroepen. Zorgaanbieders declareren de activiteiten vervolgens via prestaties met vrije tarieven (hoogte tarief onderhandelen zij met zorgverzekeraar). De inkoop vindt plaats in concurrentie.

4.1.2 Creëer een aparte route in het beoordelingskader voor niet-economische diensten van algemeen belang omdat hiervoor het toetsen van marktverstoring niet relevant is

Het beoordelingskader moet worden aangepast voor niet-economische diensten van algemeen belang (nedab). Voor een nedab is het toetsen van marktverstoring (criterium 6 van het beoordelingskader) namelijk niet relevant, omdat deze diensten buiten de werkingssfeer van de Europese mededingingsregels vallen.⁸⁴ Deze diensten worden in het algemeen belang aangeboden (in dit geval voor de zorg), maar niet op economische wijze verricht. Dit betekent dat deze diensten zonder commerciële insteek worden verricht en dat er geen markt voor is. Ze vallen daarom niet onder de Europese staatssteun- en mededingingsregels. Dit maakt het uitvoeren van een marktverstoringstoets – waarbij gekeken wordt naar prijsverschillen op een concurrerende

⁸³ NB. Prestaties zijn een middel om het afgesproken budget te vullen. Het gaat hier dus niet om prestatiebekostiging.

⁸⁴ Ter verduidelijking: het toetsen van criteria 4 en 5 van het beoordelingskader is wel relevant voor nedab'.

markt – irrelevant. De (medische) vervolgoopleidingen zijn bijvoorbeeld aangewezen als nedab. Het beoordelingskader zou een aparte route kunnen bevatten voor nedab.

4.1.3 Neem fundamentele uitvoerbaarheidsoverwegingen in het beoordelingskader op voor doelmatige en navolgbare besluitvorming

Zoals in §3.2 toegelicht heeft de minister de bevoegdheid om af te wijken van het beoordelingskader en doet zij dat in de praktijk ook regelmatig. Vaak gebeurt dit op basis van argumenten over de beperkte uitvoerbaarheid van reguliere bekostigingswijzen ten opzichte van een beschikbaarheidsbijdrage (zie §3.2.3). Denk bijvoorbeeld aan onwenselijke aanpassingen in de risicoverevening of stabiliteit in de bekostigingswijze tijdens de covidpandemie. Ook zijn er situaties waarin de politieke wens en/of praktische overwegingen al vooraf bekend en leidend zijn, zoals bij de toevoeging van twaalf ziekenhuisopleidingen om de modulaire bekostiging van (medische) vervolgoopleidingen binnen de beschikbaarheidsbijdrage mogelijk te maken. In dat geval adviseerde de NZa bijvoorbeeld negatief op basis van het beoordelingskader, maar koos de minister toch voor uitbreiding om modulaire bekostiging uit te kunnen voeren.

Wanneer het besluit tot een beschikbaarheidsbijdrage feitelijk al vaststaat op grond van andere legitieme overwegingen, is het weinig doelmatig om alsnog het volledige beoordelingsproces te doorlopen, inclusief een (uitgebreide) marktverstoringstoets door de NZa. Dit ondermijnt de navolgbaarheid van de besluitvorming en de rol van het beoordelingskader.

We adviseren daarom om veelvoorkomende en fundamentele uitvoerbaarheidsargumenten structureel en expliciet op te nemen in het beoordelingskader, voorafgaand aan de toets op marktverstoring. Tegelijkertijd is zorgvuldigheid geboden: dit mag geen vrijbrief worden om elk uitvoerbaarheidsmotief leidend te maken. Zeker bij het uitgangspunt dat de beschikbaarheidsbijdrage als 'last resort' bekostigingsoptie geldt.

4.2 Richt de marktverstoringstoets nauwkeuriger en gestructureerder in

In stap 6 van het beoordelingskader voert de NZa een marktverstoringstoets⁸⁵ uit. Deze toets is bedoeld om af te wegen of inzet van een beschikbaarheidsbijdrage gerechtvaardigd is. Met de toets geeft de NZa antwoord op criteria 4 tot en met 6 uit het beoordelingskader (zie eerdere Figuur 4). In deze paragraaf richten we ons op criterium 6: of reguliere bekostiging via tarief/prestatie leidt tot marktverstoring bij verzekeraars of zorgaanbieders.

⁸⁵ De NZa gebruikt soms ook een andere benaming bij haar rapporten over de marktverstoringstoets, zoals 'advies'.

Kader 2. Extra toelichting over de wijze waarop de NZa momenteel marktverstoringstoetsen uitvoert.

De NZa definieert marktverstoring als “een situatie waarbij een andere uitkomst (in termen van prijs, volume of kwaliteit) tot stand komt dan op een markt die we als concurrerend beschouwen”. In de toets vergelijkt de NZa de verwachte marktsituatie bij reguliere bekostiging met die bij een beschikbaarheidsbijdrage. De centrale vraag is of bekostiging via tarieven en prestaties tot méér marktverstoring leidt dan bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage. Hiertoe toetst de NZa of prijsverschillen ontstaan op één van de drie zorgmarkten (zie Figuur 7).

- 1 Op de zorgverleningsmarkt toetst de NZa of er prijsverschillen ontstaan waardoor de keuze van patiënten beperkt zou kunnen worden.
- 2 Op de zorginkoopmarkt toetst de NZa of er prijsverschillen ontstaan waardoor zorgverzekeraars gedwongen zijn een hogere prijs te betalen.
- 3 Op de zorgverzekeringsmarkt toetst de NZa of er premieverschillen ontstaan.

Een prijsverschil van 5-10% beschouwt de NZa als ‘zorgelijk’ en een verschil van meer dan 10% als ‘problematisch’. Deze grens komt voort uit de SSNIP-test. Deze wordt internationaal gebruikt om op relevante markten te testen of monopolisten en/of kartels kunnen profiteren van een hogere prijs vanwege marktmacht. De SSNIP-test toetst effecten tegen de achtergrond van een concurrentiële/commerciële markt.⁸⁶



Figuur 7. Bij het toetsen van marktverstoring hanteert de NZa de kernvraag of financiering via prestaties en tarieven tot méér marktverstoring leidt op een van de drie zorgmarkten dan bij financiering via de beschikbaarheidsbijdrage.

Voor de onderstaande zes beschikbaarheidsbijdragen (of uitbreiding ervan) toetste de NZa marktverstoring op bovenstaande wijze. In Hoofdstuk 3 geven we een compleet beeld over voor welke (uitbreidingen van) beschikbaarheidsbijdrage de NZa een marktverstoringstoets uitvoerde.⁸⁷

⁸⁶ De Nederlandse zorgmarkten functioneren niet als volledig concurrerende/commerciële markten, vanwege het gereguleerde karakter van het Nederlandse zorgstelsel.

⁸⁷ In totaal toetste de NZa voor vijf van de twaalf oorspronkelijke beschikbaarheidsbijdragen (geïntroduceerd in 2012/2013) de zorgfuncties aan de criteria van het beoordelingskader. Voor drie hiervan (post mortem uitname bij donoren van organen, mobiel medisch team met helikopter en gespecialiseerde brandwondenzorg) was er op moment van toetsing nog geen beoordelingskader (deze werd op basis hiervan juist daarna geformaliseerd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg). De andere twee waren spoedeisende hulp en acute verloskunde. De NZa toetste vier van de in totaal acht (latere) uitbreidingen/toevoegingen van beschikbaarheidsbijdragen aan het beoordelingskader. De NZa voerde aanvullend ook een

- 1 Spoedeisende hulp⁸⁸⁻⁸⁹
- 2 Acute verloskunde⁸⁸
- 3 Ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden⁹⁰
- 4 Uitbreiding ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden met vluchten naar Texel⁹¹
- 5 Uitbreiding spoedeisende hulp met achterwacht⁹²
- 6 Uitbreiding (medische) vervolgoopleidingen met 12 ziekenhuisopleidingen⁹³

We constateren dat de diepgang en opzet van marktverstoringstoetsen varieert. Zo beschrijft de NZa in de toets voor de toevoeging van 12 ziekenhuisopleidingen slechts kort dat bekostiging via prestaties en tarieven niet tot marktverstoring leidt, door de kosten van €30 miljoen simpelweg af te zetten tegen de totale msz-uitgaven van €25 miljard. Daarentegen is de analyse in de toets voor de SEH in 2021 veel gedetailleerder en kijkt de NZa per zorgmarkt naar mogelijke verstoringen.

We adviseren de NZa daarom om de marktverstoringstoets nauwkeuriger en gestructureerder in te richten.⁹⁴ Dit is belangrijk omdat de toets alleen waarde heeft wanneer deze goed is opgezet. Ook kan een scherpere opzet de rol van de marktverstoringstoets in de besluitvorming door VWS vergroten. Op basis van de uitgevoerde marktverstoringstoetsen zien wij de volgende verbetermogelijkheden: een zo specifiek mogelijke marktafbakening (§4.2.1), een herziening van de gehanteerde prijs- of premieverschilgrenzen (§4.2.2), en het toetsen van alle elementen van de huidige definitie, of een gemotiveerde onderbouwing bij afwijkingen ervan (§4.2.3).

4.2.1 Hanteer een zo specifiek mogelijke marktafbakening om effecten van marktverstoring zorgvuldig te kunnen toetsen

De NZa hanteert bij marktverstoringstoetsen veelal als uitgangspunt de gehele markt voor msz. Deze markt, met een omvang van circa €25 miljard, is echter zo ruim gedefinieerd dat effecten, van een andere wijze van bekostiging, moeilijk zichtbaar worden. Bij de huidige afbakening van de gehele msz zal volgens deze wijze van toetsen door de NZa marktverstoring nooit kunnen optreden. Alleen wanneer uitzonderlijk hoge zorguitgaven op een andere wijze worden bekostigd of wanneer deze volledig bij één zorgaanbieder of zorgverzekeraar terechtkomen, zou marktverstoring optreden.

Marktverstoring zou in de praktijk wel degelijk op kunnen treden. Bij het hanteren van een smallere afbakening van de betrokken zorgmarkt, kan dergelijke marktverstoring ook uit de marktverstoringstoets blijken. Het afbakenen van markten is overigens niet eenvoudig. Daarvoor

'lichte' toets uit voor de uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgoopleidingen met de opleiding tot verslavingsarts. In afstemming met VWS deed zij geen extensieve marktverstoringstoets, maar toetste zij of de opleiding consistent was met de andere opleidingen die al via de beschikbaarheidsbijdrage werden vergoed. Er is dus niet expliciet getoetst aan de drie criteria van het beoordelingskader.

⁸⁸ NZa (2015) Advies beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp (SEH) en Acute verloskunde ([link](#)).

⁸⁹ NZa (2021) Marktverstoringstoets Zorgfunctie Spoedeisende Hulp ([link](#)).

⁹⁰ NZa (2015) Advies bekostiging ambulancehelikopter Friese Waddeneilanden ([link](#)).

⁹¹ NZa (2020) Brief en advies uitbreiding acuut ambulancevervoer door de ambulancehelikopter voor Texel ([link](#)).

⁹² NZa (2021) Marktverstoringstoets Zorgfunctie Spoedeisende Hulp ([link](#)).

⁹³ NZa (2023) Marktverstoringstoets naar de uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuisopleidingen ([link](#)).

⁹⁴ De NZa heeft als zelfstandig bestuursorgaan de eigenstandige bevoegdheid om de marktverstoringstoets naar eigen inzicht in te richten.

moet gekeken worden naar onder meer de substitutie (onderlinge uitwisselbaarheid) tussen producten of diensten.⁹⁵

Bij sommige marktverstoringstoetsen - zoals die voor de SEH - onderzocht de NZa wel of een aangepaste marktafbakening beter aansluit bij de praktijk. Hierbij is bijvoorbeeld de zorgverleningsmarkt buiten beschouwing gelaten vanwege het karakter van het type zorg. Ook is gekeken naar de regionale marktafbakening, en keek zij naar prestaties die gerelateerd zijn aan de SEH in plaats van de gehele msz-markt.

4.2.2 Herzie voor de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt de gehanteerde prijs- of premieverschillen voor de marktverstoringstoets

De NZa toetst op dit moment prijsverschillen die kunnen optreden op de markten tussen patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Alleen op de **zorginkoopmarkt** - mits deze goed wordt afgebakend - lijkt het uitvoeren van een toets op prijsverschillen SiRM nuttig. Op de overige twee zorgmarkten zal - gegeven de overige kenmerken van het stelsel - nauwelijks marktverstoring kunnen optreden als prijs - of premieverschillen van 5-10% (zorgelijk) of meer dan 10% (problematisch) worden gehanteerd:

- Een dergelijk premieverschil op de **zorgverzekeringsmarkt** is alleen mogelijk als een zeer groot gedeelte van de zorg (in een regio) op een andere wijze bekostigd wordt. De premie vormt immers slechts 29% van de totale bijdragen aan de Zvw – het budget van zorgverzekeraars. Het grootste deel is de inkomensafhankelijke bijdrage (ongeveer 50%)⁹⁶. Daarnaast vormen algemene belasting en het eigen risico met respectievelijk 15% en 6% het resterende deel van de bijdragen aan de Zvw.
- Ook voor de **zorgverleningsmarkt** geldt dat een prijsafwijking van 5-10% alleen optreedt als de prijsverschillen substantieel groot zijn. Dit komt doordat ongeveer de helft van verzekerden ouder dan 18 jaar volledig hun eigen risico opmaken⁹⁷. Op hen hebben prijsstijgingen geen effect. Deze worden immers bekostigd vanuit de premie.

4.2.3 Toets alle elementen van de huidige definitie van marktverstoring of motiveer waarom de NZa hiervan afwijkt

Op dit moment toetst de NZa alleen prijseffecten, terwijl zij onder de gehanteerde definitie van marktverstoring⁹⁸ ook volume- en kwaliteitseffecten schaaft.

- Wij begrijpen dat de NZa de **kwaliteitseffecten** niet onderzoekt omdat het erg complex is. Het uitvoeren van een toets op kwaliteit is nauwelijks vorm te geven omdat de definities van kwaliteit voor de meeste behandelingen (bijvoorbeeld rondom uitkomstindicatoren) niet zijn vastgesteld. De NZa zou de kwaliteitseffecten uit de definitie kunnen halen of uit kunnen leggen waarom zij deze niet onderzoekt.
- Een toets op **volume-effecten** is in principe niet noodzakelijk als de NZa al een toets op prijsverschillen uitvoert. Prijsverschillen zouden moeten leiden tot verschillen in het gecontracteerde volume. Deze kunnen echter wel pas na één of enkele jaren optreden. Om

⁹⁵ SiRM & Twynstra Gudde (2016), Productmarktafbakening ziekenhuiszorg ([link](#)).

⁹⁶ Centraal Planbureau (2024), Inkomens- en risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet ([link](#)).

⁹⁷ PwC (2025), Wie betaalt de rekening van een lager eigen risico? ([link](#)).

⁹⁸ Zie bijvoorbeeld paragraaf 2.2 in Marktverstoringstoets zorgfunctie Spoedeisende hulp 2021 door de NZa ([link](#)).

te toetsen of volume-effecten daadwerkelijk optreden is mogelijk een extra toets na enkele jaren noodzakelijk. Dit kan mogelijk worden meegenomen bij de herbeoordeling van beschikbaarheidsbijdragen (zie Hoofdstuk 3).

Indien de NZa de definitie niet aanpast, kan zij ook uitleggen waarom zij in specifieke marktverstoringstoetsen kwaliteits- en volume-effecten niet onderzoekt.

5 Bezie instrumentkeuze voor de twee grootste (zorg)functies

Voor (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg adviseren we VWS om de keuze voor het instrument nader te bezien. De beschikbaarheidsbijdrage lijkt in haar huidige vorm niet het meest passende instrument voor deze (zorg)functies. Het risico op ongewenste neveneffecten, zoals inefficiëntie en oneerlijke concurrentie, is voor deze (zorg)functies namelijk het grootst (§5.1). Dit hangt samen met het feit dat het instrument vereisten kent, zoals een heldere afbakening en transparante kostentoerekening, die niet goed passen bij de aard van opleiden en academische zorg (§5.2). Hoewel er voor beide functies geen evident bekostigingsalternatief is, signaleren we wel enkele denkrichtingen hiervoor (§5.3).

Zoals eerder genoemd plaatst bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage zorgfuncties buiten de zorginkoopmarkt waarin zorgverzekeraars een belangrijke rol in de inkoop en contractering vervullen. Daarom vraagt de inzet van het instrument om een belangrijke controlerende rol door de overheid met een heldere doelomschrijving, een duidelijke afbakening van de zorgfunctie en duidelijkheid over de werkelijke kosten.⁹⁹ Als niet aan deze voorwaarden is voldaan, kan inzet van het instrument ongewenste neveneffecten veroorzaken, zoals over- of ondercompensatie. Bij overcompensatie kunnen ontvangers een concurrentievoordeel krijgen doordat zij lagere tarieven voor andere vormen van zorg kunnen hanteren. Ook kunnen zorgaanbieders met gegarandeerde financiering (regionale) marktmacht opbouwen, doordat zorgverzekeraars niet om hen heen kunnen.

In dit hoofdstuk richten we ons op de twee grootste beschikbaarheidsbijdragen, die voor (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg (gezamenlijk €2,8 miljard in 2024), omdat daar het risico op ongewenste neveneffecten door bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage het grootst is (zie §5.1).

De vraag of aanvullende bekostiging voor (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg wenselijk is binnen het huidige zorgstelsel, staat in deze evaluatie niet ter discussie. Het is aannemelijk dat deze zorgfuncties zonder aanvullende bekostiging niet of onvoldoende tot stand komen. Besteding van publieke middelen aan deze zorgfuncties is dus vanuit maatschappelijk belang goed te rechtvaardigen. Geïnterviewden geven aan dat op globaal niveau de beschikbaarheidsbijdragen (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg doeltreffend zijn.

⁹⁹ Sinds 2025 is de NZa gestart met het publiceren van de beschikte bedragen voor alle beschikbaarheidsbijdragen op haar website. Dit zorgt voor meer transparantie over de omvang van de bijdragen per ontvanger. In dit hoofdstuk doelen we echter op inzicht in de werkelijke kosten, oftewel op de mogelijkheid om goed te kunnen vaststellen wat de kosten (en eventuele opbrengsten) van desbetreffende (zorg)functie zijn.

Zonder deze (aanvullende) bekostiging zou het aanbod topreferente zorg en innovatie en opleidingsplekken lager zijn dan nu het geval is (zie voor een uitgebreide toelichting op deze twee beschikbaarheidsbijdragen Bijlage 2). De vraag is, gegeven dat deze (zorg)functies niet (volledig) voldoen aan de vereisten van het instrument beschikbaarheidsbijdrage (zie §5.2), of dit instrument in de huidige vorm het meest passend is. Op basis van ons onderzoek zien we denkrichtingen voor alternatieve bekostigingsvormen maar er is geen evident alternatief (zie §5.3). Een uitspraak over welk instrument passender zou zijn valt buiten de scope van deze evaluatie.

5.1 Het risico op ongewenste neveneffecten is het grootst bij (medische) vervolgopleidingen en academische zorg

Het risico op ongewenste neveneffecten door een beschikbaarheidsbijdrage neemt toe wanneer een zorgaanbieder, naast de via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigde zorgfunctie, ook reguliere zorg levert, deze zorgfuncties overlappen en er onzekerheid is over de omvang van de bijdrage ten opzichte van de daadwerkelijke kosten (Figuur 8). Wanneer de ontvanger reguliere zorg levert en er hiermee overlap is, is het moeilijker om een scherp onderscheid te maken tussen de via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigde en regulier bekostigde activiteiten. Dit bemoeilijkt ook het doen van het kostenonderzoek. Hierdoor is het onzeker of de omvang van de beschikbaarheidsbijdrage in lijn is met de werkelijke kosten. Dat geeft een risico op ongewenste neveneffecten. Dit risico is het grootst voor de twee grootste beschikbaarheidsbijdragen, de medische vervolgopleidingen en academische zorg.

Voor de beschikbaarheidsbijdragen met een gemiddeld of kleiner risico op ongewenste neveneffecten signaleren we eveneens aandachtspunten (zie §3.2.1). We verwachten echter dat deze voldoende naar voren komen bij zorgvuldige toepassing van een aangescherpt beoordelingskader, zoals uitgewerkt in Hoofdstuk 3 en 3. De uitkomst daarvan kan zijn dat (delen van) huidige beschikbaarheidsbijdragen op een andere manier bekostigd worden.

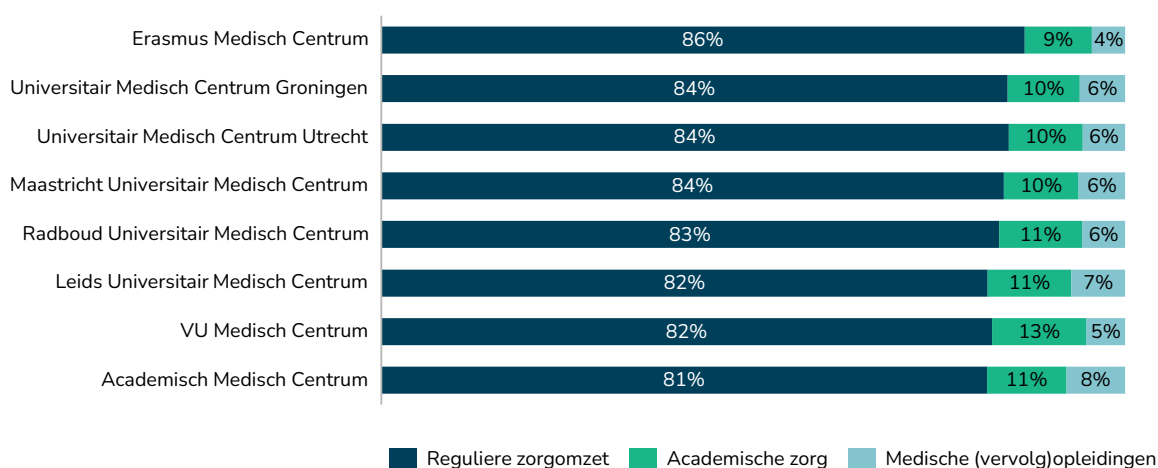
	Ontvanger levert reguliere zorg	Overlap met reguliere zorg	Transparante (recente) kostentoerekening ontbreekt	Risico ongewenste neveneffecten
Medische (vervolg)opleidingen	Ja	Ja	Ja: kostenonderzoek ontbrak tot 2025 voor 70% van de opleidingen	Groter
Academische zorg	Ja	Ja	Ja: geen kostenonderzoek	Groter
Gespecialiseerde brandwondenzorg	Ja	Ja	Deels: oud kostenonderzoek '12*, wel jaarlijkse benchmark tussen 3 aanbieders	Gemiddeld / groter
Gespecialiseerde psychotraumazorg	Ja	Ja	Deels: oud kostenonderzoek '16	Gemiddeld / groter
SEH	Ja	Ja	Nee: kostenonderzoek '20 en '21	Gemiddeld
Acute verloskunde	Ja	Ja	Nee: kostenonderzoek '20 en '24	Gemiddeld
Post mortem uitname organen	Ja	Nee	Nee: kostenonderzoek '19	Kleiner
Post mortem uitname weefsels	Ja	Nee	Nee: kostenonderzoek '20	Kleiner
Mobiel medisch team met helikopter	Ja	Nee	Nee: kostenonderzoek '23	Kleiner
Mobiel medisch team met voertuig	Ja	Nee	Nee: kostenonderzoek '19	Kleiner
Ambulancehelikopter Friese Wadden	Ja	Nee	Nee: kostenonderzoek '21*	Kleiner
Coördinatie traumazorg & ROAZ	Nee	Nee	Nee: kostenonderzoek '21 en '23*	Kleiner
Opleiden, trainen & oefenen traumazorg	Nee	Nee	Nee: kostenonderzoek '21*	Kleiner
Calamiteitenhospitaal	Nee	Nee	Nee: kostenonderzoek '14	Kleiner

Figuur 8. Het risico op ongewenste neveneffecten is groter wanneer de ontvanger van de beschikbaarheidsbijdrage reguliere zorg levert, deze overlapt met de door de beschikbaarheidsbijdrage gefinancierde zorgfunctie en er onzekerheid is

over de omvang van de bijdrage ten opzichte van werkelijke kosten door het ontbreken van (recent) kostenonderzoek.
*Kostenonderzoek niet openbaar.

Het risico op ongewenste neveneffecten is het grootst bij de beschikbaarheidsbijdragen voor (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg (zie Figuur 8). Een extra risico is dat het hier om de grootste bedragen gaat: in 2024 bedroeg de totale omvang €2,8 miljard (zie Figuur 1 in Hoofdstuk 2). Voor UMC's vertegenwoordigen deze beschikbaarheidsbijdragen gezamenlijk tussen de 13% en 19% van de totale zorgomzet (zie Figuur 9). Ook voor enkele grote STZ-ziekenhuizen, zoals het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Catharina Ziekenhuis, bedraagt de omzet van de (medische) vervolgoopleidingen circa 5% van de zorgomzet.

Aandeel inkomsten uit beschikbaarheidsbijdragen (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg ten opzichte van zorgomzet [%, 2023]



Figuur 9. Voor UMC's vertegenwoordigen de twee grootste beschikbaarheidsbijdragen tussen de 13% tot 19% van de totale zorgomzet. Bron: analyse SiRM op basis van NZa en DigiMV.

5.2 De beschikbaarheidsbijdrage kent vereisten die niet goed passen bij de aard van de opleidingen en academische zorg

De beschikbaarheidsbijdrage kent in haar huidige vorm verschillende vereisten waaraan de (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg – gegeven hun aard – lastig kunnen voldoen. Zo vereist het instrument een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding, een scherpe afbakening met andere zorg, voldoende inzicht in de werkelijke kosten en mag er geen sprake zijn van overcompensatie.¹⁰⁰ Deze vereisten hangen nauw met elkaar samen. Hiervoor is een heldere doelomschrijving en expliciete afbakening van de elementen die de (zorg)functie omvat essentieel.

¹⁰⁰ De vergoeding mag niet hoger zijn dan de netto kosten en in sommige gevallen een redelijke winst. Er moet controle zijn op het voorkomen van overcompensatie. Het is wel toegestaan bij de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage uit te gaan van normatieve kosten en normatieve opbrengsten onder de voorwaarde dat deze achteraf worden gecontroleerd om overcompensatie te voorkomen.

5.2.1 Bij (medische) vervolgoopleidingen blijkt het lastig om kostenonderzoek uit te voeren met risico op onder- of overcompensatie

De beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen heeft een omvang van €1,8 miljard per jaar (2024). Hiermee vergoedt VWS opleidingen die nodig zijn om zorg conform de Zvw en Wlz beschikbaar te hebben. De opleidingen zijn onder te verdelen in vier categorieën, met elk een eigen systematiek.¹⁰¹ Erkende instellingen¹⁰² kunnen jaarlijks de beschikbaarheidsbijdrage aanvragen op basis van het aantal opgeleide fte's.¹⁰³ In de meeste gevallen leiden deze instellingen op binnen de grenzen van een verdeelplan waarin het maximale aantal fte opleidingen per instelling en type opleiding is bepaald.¹⁰⁴ De hoogte van de vergoeding per fte verschilt per categorie. Zorgaanbieders verantwoorden het aantal opgeleide fte's bij de NZa, maar zijn vrij in de interne allocatie van de middelen. In Bijlage 2 geven we extra toelichting over de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen en de systematiek per categorie.

Tot voor kort was slechts voor een beperkt deel van de opleidingen binnen de beschikbaarheidsbijdrage kostenonderzoek gepubliceerd. Tot 2025 was voor ongeveer 30% van de opleidingen de kostprijs onderzocht. In 2016 publiceerde de NZa een kostenonderzoek voor ggz-opleidingen¹⁰⁵ en in 2020 voor de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten.¹⁰⁶ Voor de overige 70% ontbrak tot recentelijk gepubliceerd kostenonderzoek. Voor de grootste categorie - de opleidingen tot medisch specialist in het ziekenhuis¹⁰⁷ - publiceerde de NZa het eerste kostenonderzoek in april 2025.¹⁰⁸ Voor de ziekenhuisopleidingen¹⁰⁹ is geen kostenonderzoek uitgevoerd of aangekondigd. Voor de opleidingen waar geen (actueel) kostenonderzoek voor is, bestaat een risico op onder- of overcompensatie.

Het uitvoeren van kostenonderzoek voor (medische) vervolgoopleidingen blijkt bijzonder complex. Het onderzoek voor de opleidingen tot medisch specialist in het ziekenhuis, dat de NZa in april 2025 publiceerde, nam ruim vijf jaar in beslag. De grootste uitdaging bij het uitvoeren van kostenonderzoek ligt in het bepalen van de begeleidingskosten en de opbrengsten (geleverde declarabele zorg) van artsen in opleiding tot specialist (aios'en). Opleidende zorgaanbieders rapporteren hierover sterk uiteenlopende cijfers, waardoor het lastig is om een betrouwbaar en

¹⁰¹ 1. Medisch specialismen in het ziekenhuis, zoals cardiologen, internisten en kinderartsen. 2. Medisch specialismen via Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) en Stichting Beroepsopleiding tot Sportarts (SBOS), zoals huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, arts verstandelijk gehandicapten en sportarts. 3. Ziekenhuisopleidingen: gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. 4. Medisch specialismen in de ggz, zoals klinisch (neuro)psycholoog, psychiater en verpleegkundig specialist GGZ.

¹⁰² Of – voor de opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut - instellingen die een samenwerkingsovereenkomst hebben met een door de minister aangewezen opleidingsinstelling in plaats van een erkenning.

¹⁰³ NB. Voor ziekenhuisopleidingen geldt dat instellingen tot 2025 de beschikbaarheidsbijdrage konden aanvragen voor het aantal instromers en het aantal gediplomeerden. Sinds 2025 kunnen zij de beschikbaarheidsbijdrage voor deze opleidingen aanvragen voor het aantal behaalde certificaten per Entrustable Professional Activity (EPA). Zie Bijlage 2 voor extra toelichting.

¹⁰⁴ Dit geldt niet voor de ziekenhuisopleidingen.

¹⁰⁵ NZa (2016) Kostenonderzoek 2016-2019 beschikbaarheid van (medische) vervolgoopleidingen ggz ([link](#)).

¹⁰⁶ NZa (2020) Kostenonderzoek 2015-2018 beschikbaarheid van (medische) vervolgoopleidingen SBOH ([link](#)).

¹⁰⁷ Met een omvang van 56% (ca. €1 miljard) van de totale beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen.

¹⁰⁸ NZa (2025) Rapport kostenonderzoek naar (medisch-)specialistische vervolgoopleidingen ([link](#)).

¹⁰⁹ Voor de ziekenhuisopleidingen voerde de NZa in 2023 een rondrekening uit, om de vergoedingsbedragen te verdelen over de Entrustable Professional Activities (EPA's) ten behoeve van de modulaire bekostiging per januari 2025.

vergelijkbaar beeld te verkrijgen. De NZa beschikt bovendien niet over directe informatie over begeleidingstijd van opleiders en specialisten en is daardoor aangewezen op de informatie die instellingen aanleveren. Zij kan deze niet zomaar normeren: indien zij dit doet, moet dat zorgvuldig onderbouwd zijn conform de eisen van de Awb. De complexiteit van goed kostenonderzoek blijkt ook uit het verschil in de vergoeding voor een psychiater in opleiding: een ziekenhuis ontvangt hier circa €80.000 meer voor dan een ggz-instelling, terwijl er geen inhoudelijke verschillen in de opleiding zijn. De discussie over het recent gepubliceerde kostenonderzoek voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen illustreert de complexiteit van het uitvoeren van goed kostenonderzoek.¹¹⁰⁻¹¹¹⁻¹¹²

Twee factoren veroorzaken deze complexiteit.

- Zorgaanbieders zijn vrij in de allocatie van opleidingsmiddelen. Hierdoor bestaan verschillen tussen zorgaanbieders. Geïnterviewden geven aan dat het in veel gevallen onduidelijk is welke kosten aan opleidingen worden toegerekend. In de meeste gevallen worden de middelen bovendien nog niet expliciet toegewezen aan specifieke afdelingen of opleidingen. Daardoor is het onduidelijk hoeveel van de middelen waar precies terecht komen. Dit gebrek aan transparantie kan leiden tot aanzienlijke verschillen tussen opleidingen – zowel tussen ziekenhuizen als tussen afdelingen binnen één instelling.
- De opleidingen zijn niet strak afgebakend, bijvoorbeeld in het aantal uur begeleidingstijd dat voor een opleiding nodig is. Geïnterviewden geven aan dat opleiden om een bepaalde mate van flexibiliteit vraagt. Dit rijmt slecht met de gewenste afbakeningsvereisten voor een kostenonderzoek. Elke aios vraagt volgens geïnterviewden om een andere aanpak in bijvoorbeeld begeleidingstijd, individuele scholing en/of coaching. Ook heeft elke aios andere individuele ontwikkelwensen en -behoeften. Bijvoorbeeld om wel of niet in gespecialiseerde centra ervaring op te doen. Volgens geïnterviewden middelen deze verschillen zich in de praktijk onvoldoende uit om tot generieke kostenschattingen te komen. Wanneer opleidingen meer geprotocolleerd zijn, zoals bij de huisartsopleiding, is kostenonderzoek eenvoudiger en met meer zekerheid uit te voeren.

5.2.2 Aard van academische zorg rijmt slecht met het vereiste van het instrument dat de zorgfunctie duidelijk afgebakend moet zijn

In 2024 bedroeg de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg circa €1 miljard. Deze bijdrage dekt de kosten voor academische zorg (inclusief kapitaallasten) die niet via reguliere prestaties en tarieven bekostigd kunnen worden, zoals de (meer)kosten voor topreferente zorg, innovatieve zorg en de ontwikkeling van nieuwe diagnostiek en behandelingen.¹¹³ De

¹¹⁰ Volkskrant (15 april 2025) Onderzoek wijst uit: één medisch specialist opleiden kost twee ton per jaar? Zoveel? ([link](#)).

¹¹¹ Financieel Dagblad (15 april 2025) De precieze kosten van doktersopleidingen blijven onduidelijk ([link](#)).

¹¹² Medisch Contact (16 april 2025). Kosten medisch-specialistische opleiding wijken weinig af van bijdrage ([link](#)).

¹¹³ De definitie die VWS hanteert in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG 2012 (Stb. 2012, 396) luidt als volgt:

Academische zorg betreft het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Innovatie en ontwikkeling hebben betrekking op het bedenken, uitproberen, systematisch uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en vormen van diagnostiek. Het betreft uitsluitend die vormen van innovatie en ontwikkeling die steunen op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

beschikbaarheidsbijdrage bestaat sinds 2020 uit een vast en een variabel deel. Het vaste deel is bedoeld voor het in stand houden van de benodigde (24x7) infrastructuur, kenniscomponent en innovatiecapaciteit. Het variabele deel vergoedt de (meer)kosten van innovatieve zorg aan topreferente patiënten die (nog) niet onder reguliere bekostiging vallen.

De inzet van het instrument vereist een expliciete afbakening van welke zorg, in welke hoeveelheid, de overheid beschikbaar wil hebben. Voor academische zorg is het gewenste aanbod bij de introductie echter alleen op abstract niveau gedefinieerd. Dit is inherent aan de kenmerken van academische zorg. Het ligt immers in de aard van innovatieve zorg dat niet vooraf duidelijk is hoe die zorg er precies uit ziet en dus welke zorg precies geleverd wordt en in welke omvang. Hierdoor is de omvang van de bijdrage ook niet gebaseerd of te baseren op concreet kostenonderzoek en daarmee is ook niet vast te stellen of deze kostendekkend is.

Sinds de introductie in 2012 is de initiële omschrijving van de maatschappelijke doelen van de beschikbaarheidsbijdrage aangevuld en nader geëxpliciteerd in een brief van toenmalig minister Bruins in 2019¹¹⁴. Met het ROBIJN¹¹⁵-traject (geïntroduceerd in 2020 en volledig ingevoerd in 2024) zijn ook begrippen als topreferente zorg en topreferente functie nader gedefinieerd. Ook zijn de criteria voor aanbieders die in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage geëxpliciteerd en is de verdeling tussen aanbieders geobjectiveerd (vast en variabel deel). Daarnaast is met ROBIJN de verantwoording achteraf naar de NZa verbeterd.¹¹⁶ Met ROBIJN zijn definities, criteria en verantwoording weliswaar verbeterd, maar dit maakt het nog niet eenvoudiger om de gewenste omvang van het aanbod te bepalen of een kostenonderzoek uit te voeren.

Het gewenste aanbod van academische zorg is ook met ROBIJN-traject niet op voorhand zo concreet af te bakenen dat de hiervoor noodzakelijke kosten eenduidig in beeld te brengen zijn. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage is daarom nog steeds gebaseerd op de historisch bepaalde component die UMC's en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis vóór 2012 ontvingen. Deze wordt jaarlijks geïndexeerd.¹¹⁷ In die zin weerspiegelt de omvang van de beschikbaarheidsbijdrage eerder wat de maatschappij bereid is te betalen voor academische zorg. Het bedrag bepaalt daarmee indirect de omvang van het aanbod. Als de omvang van de beschikbaarheidsbijdrage immers toe zou nemen, leidt dit naar verwachting tot een toename van onderzoek, innovatie en topreferente patiëntenzorg en vice versa als de omvang zou afnemen.

¹¹⁴ Kamerbrief Minister Bruins 2019: Maatschappelijke rol van de universitaire medische centra (UMC's) in het medische zorglandschap (33278-8 d.d. 12 juli 2019)

¹¹⁵ ROBIJN (RijksOverheidsBijdrage IJverig Nageplozen) is een traject dat in 2014 startte met als doel de aanpassing van de wijze waarop de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg toegekend, verdeeld en verantwoord wordt. Om de begrippen topreferente zorg en patiënten te concretiseren zijn 7 labels vastgesteld om topreferente patiënten te definiëren en identificeren. Ziekenhuizen verantwoorden het variabele deel met de meerkosten voor patiënten met ROBIJN-labels t.o.v. gemiddelde kostprijs van dezelfde zorg (aanneمة dat meerkosten voor innovatieve zorg zijn). Ook zijn negen kostencategorieën voor het verantwoorden van het vaste deel vastgesteld. Zie de bijlage voor meer detail.

¹¹⁶ Een deel van de geïnterviewden geeft aan dat in hun ogen de transparantie over de verdeling van beschikbaarheidsbijdrage en de monitoring op de maatschappelijke doelen verbeterd kan worden. Tot 2022 publiceerde de NZa op verzoek van VWS de monitor UMC's waar hierop werd ingegaan maar daarna is hier weinig openbare informatie over te vinden.

¹¹⁷ Deze subsidie ('de academische component') kent zijn oorsprong bij de introductie functiegerichte budgetsystematiek (vanaf 1-1-1997 voor academische ziekenhuizen). Het verschil dat toen ontstond tussen het historische budget en het budget dat volgde uit de functiegerichte budgetsystematiek werd de basis voor een lumpsum subsidie per academisch ziekenhuis: de academische component.

5.3 Er bestaan denkrichtingen voor alternatieve bekostigingsvormen maar er is geen evident alternatief

Hieronder lichten we enkele denkrichtingen voor alternatieve bekostigingsvormen voor (medische) vervolgoopleidingen en academische zorg toe. Hoewel andere bekostigingsvormen bestaan, is er geen evident alternatief. Elke bekostigingsvorm kent bovendien zijn eigen voor- en nadelen. Verdere verkenning is nodig om de mogelijkheden en voor- en nadelen van alternatieve bekostigingsopties zorgvuldig in kaart te brengen, bijvoorbeeld via een internationale vergelijking met andere West-Europese landen.

5.3.1 Voor een deel van de (medische) vervolgoopleidingen lijken andere bekostigingsopties mogelijk

Voor een deel van de (medische) vervolgoopleidingen lijken andere bekostigingsvormen dan de beschikbaarheidsbijdrage mogelijk om instroom van zorgprofessionals te realiseren:

- **Reguliere prestaties en tarieven.** De NZa oordeelde in haar advies¹¹⁸ over de toevoeging van 12 ziekenhuisopleidingen aan de beschikbaarheidsbijdrage dat deze opleidingen via reguliere prestaties en tarieven bekostigd zouden kunnen worden, zonder dat dit tot marktverstoring zou leiden. Bovendien boden zorgorganisaties deze 12 opleidingen ook al aan vóór de toevoeging aan de beschikbaarheidsbijdrage. Toch adviseerde de NZa om de opleidingen op te nemen in de beschikbaarheidsbijdrage, om zo modulaire bekostiging van andere ziekenhuisopleidingen binnen de beschikbaarheidsbijdrage mogelijk te maken. Volgens de NZa is modulaire bekostiging van EPA's overigens ook via reguliere prestaties en tarieven mogelijk.¹¹⁹
- **Budgetbekostiging.** De opleidingen tot ambulanceverpleegkundige en verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg worden bekostigd via de budgetbekostiging binnen de ambulancezorg.¹²⁰ Het opnemen van opleidingen binnen deze bekostigingswijze is alleen mogelijk wanneer de bijbehorende zorg (in dit geval ambulancezorg) via budgetbekostiging wordt bekostigd. Wanneer de minister er bijvoorbeeld voor zou kiezen om de SEH, acute verloskunde en IC via budgetbekostiging te bekostigen – zoals zij op dit moment verkent – zouden de bijbehorende opleidingen in deze sectoren kunnen worden opgenomen.
- **Subsidies.**
 - De opleidingen voor medisch specialisten werden vóór de beschikbaarheidsbijdrage via het Opleidingsfonds gefinancierd.¹²¹ In 2007, na de invoering van prestatiebekostiging, introduceerde VWS de subsidieregeling zorgopleidingen 1^e tranche en in 2008 de subsidieregeling zorgopleidingen 2^e tranche. Samen werden deze subsidieregelingen aangeduid als het Opleidingsfonds. Dit fonds kende een centraal georganiseerde toewijzing van opleidingsplaatsen door VWS. Een evaluatie van het Opleidingsfonds in

¹¹⁸ NZa (2023) Marktverstoringstoets naar uitbreiding beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuisopleidingen ([link](#)).

¹¹⁹ “Het opknippen van de opleidingen in EPA's zou het toerekenen van kosten aan prestaties of tarieven eenvoudiger kunnen maken. EPA's hebben namelijk betrekking op het ontwikkelen van vaardigheden voor bepaalde beroepsactiviteiten. Deze beroepsactiviteiten kunnen mogelijk directer gekoppeld worden aan bepaalde zorgactiviteiten en/of dbc's.”

¹²⁰ NZa (2024) Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen ([link](#)).

¹²¹ VWS (2011) Kabinetsreactie op evaluatie opleidingsfonds ([link](#)).

2010 wees uit dat het systeem bijdroeg aan (transparantie in de bekostiging van) opleidingen, maar gepaard ging met hoge administratieve lasten bij de uitvoering en beperkte prikkels voor doelmatigheid. Het kabinet besloot daarom om de beschikbaarheidsbijdrage als alternatief in te voeren, mede zodat zij beleid en de uitvoering ervan (door de NZa) kon scheiden.

- Voor ziekenhuisopleidingen gold vanaf 2011 de Subsidieregeling Ziekenhuisopleidingen (ook wel het Fonds Ziekenhuisopleidingen, FZO), waarbij ziekenhuizen subsidie ontvingen naar rato van het aantal opgeleide personen. Deze subsidieregeling zette VWS later eveneens om in een beschikbaarheidsbijdrage. De minister koos hiervoor onder meer omdat het vervallen van een subsidieplafond ruimte bood om het budget te laten meebewegen met de opleidingsbehoefte, en omdat het vaststellen van de bijdrage per kalenderjaar – in plaats van per studiejaar – het toekenningsproces vereenvoudigde.¹²²
- **Opleidingsfonds.** Een ander alternatief is een fonds ingericht en beheerd door brancheorganisaties en/of zorgverzekeraars. Deze optie benoemen economen ook in het ESB.¹²³ Zorginstellingen, zorgverzekeraars en/of VWS kunnen middelen inbrengen in het fonds. Vanuit dit fonds worden vervolgens subsidies verstrekt aan opleidende instellingen ter dekking van de opleidingskosten. Een concreet voorbeeld hiervan is het Opleidingsfonds Wijkverpleging, dat in 2024 is opgericht door ActiZ, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).
- Ten slotte zijn er in de loop der jaren andere (minder gebruikelijke) manieren van bekostiging gesuggereerd zoals **prestatie-afhankelijke allocatie** van middelen en **aanbesteding**.¹²⁴ Bij prestatie-afhankelijke allocatie worden opleidingsplaatsen en bijpassende financiering toegekend op basis van aantoonbare opleidingsprestaties, zoals kwaliteit en doelmatigheid. Dit kan bijdragen aan efficiënte inzet van middelen en kwaliteitsverbetering. Bij aanbesteding worden instellingen via een formeel proces geselecteerd op basis van prijs, kwaliteit en capaciteit om een vastgesteld aantal specialisten op te leiden.¹²⁵

5.3.2 Voor academische zorg kunnen alternatieven verkend worden

Een eenvoudig alternatief voor de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg is niet direct voor handen. De vraag naar de meest passende bekostigingswijze voor academische zorg is dan ook niet nieuw. Deze speelde ook voor de invoering van de beschikbaarheidsbijdrage. Bij de introductie van functiegerichte budgetsystematiek (vanaf 1997 voor academische ziekenhuizen) is overwogen om de academische zorg zoveel mogelijk te bekostigen binnen deze 'reguliere' bekostiging. Bij een onderzoek van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG) uit 1996 bleek echter dat er een verschil¹²⁶ ontstond tussen het historische budget en het budget dat

¹²² VWS (2012) Kamerbrief Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector ([link](#)).

¹²³ ESB (2025) Hoge variatie in kosten opleidingen tot (medisch) specialist ([link](#)).

¹²⁴ Varkevisser et al., 2007: Opleiden medisch specialisten moet transparanter.

¹²⁵ Ten tijden van het advies van Varkevisser et al. (2007) was deze optie nog niet verantwoord, omdat de kwaliteit van de opleidingen nog niet verifieerbaar en derhalve contracteerbaar was. Dit is dus een belangrijke randvoorwaarde.

¹²⁶ Het Interdepartementaal beleidsonderzoek Academische Ziekenhuizen uit 1997 concludeerde hierover: "Wat overbleef was een onverklaarde rest die de merites had van een black box maar de vrolijke naam kijkdoos kreeg. De COTG kijkdoos had een omvang van 573 miljoen gulden. Dit bedrag is vervolgens jaarlijks geïndexeerd en buiten een aantal bezuinigingen in bepaalde jaren niet aangepast."

volgde uit de functiegerichte budgetsystematiek. De overheid wilde dit bedrag (in lijn met het IBO-advies uit 1997¹²⁷) via aanvullende parameters meenemen in de 'reguliere' functiegerichte budgetsystematiek, maar dit lukte niet¹²⁸. Het verschil werd de basis voor een lumpsumsubsidie per academisch ziekenhuis: de academische component (eerst via het Fonds Academische Component¹²⁹ en later als subsidie vanuit VWS).

Gegeven dat academische zorg niet kan voldoen aan de specifieke vereisten van een beschikbaarheidsbijdrage, met mogelijke ongewenste neveneffecten als gevolg, vinden wij een nadere verkenning van alternatieve bekostigingsvormen wenselijk. Een bijdrage in de kosten (en daarmee dus een ander instrument dan de beschikbaarheidsbijdrage), in plaats van een strikt kostendekkende vergoeding, kan mogelijk beter aansluiten bij de aard van academische zorg. Zoals in §5.2.2 toegelicht is de omvang van deze zorg immers lastig vooraf te bepalen en weerspiegelt de hoogte van de bijdrage eerder wat de maatschappij bereid is te betalen voor academische zorg, dan dat een vooraf vastgestelde norm mogelijk is.

Een mogelijke denkrichting voor alternatief instrument dat nader verkend kan worden is budgetbekostiging, specifiek de variant waarbij de beschikbare middelen als grondslag dienen (zie Kader 1 in §4.1.1). Hierbij is een zorginhoudelijke onderbouwing van de hoogte van het budget niet noodzakelijk. In tegenstelling tot de beschikbaarheidsbijdrage lijkt bij deze vorm van budgetbekostiging geen kostendekkende vergoeding vereist. VWS en de NZa zouden zorgvuldig moeten onderzoeken of binnen deze variant inderdaad een bijdrage in de kosten mogelijk is in plaats van volledige kostendekking. Een dergelijke grondslag is binnen de huidige zorg die via budgetbekostiging wordt gefinancierd ongebruikelijk. In de praktijk wordt dit vrijwel altijd gebaseerd op de grondslag capaciteit en/of populatie.¹³⁰ Daardoor houdt de hoogte van het budget doorgaans een relatie met de zorg die daarvoor beschikbaar is.

We benadrukken dat we budgetbekostiging op basis van beschikbare middelen aandragen als denkrichting die verdere verkenning verdient. De inzet ervan vereist een zorgvuldige verkenning van de bijbehorende aandachtspunten en risico's. Zo is bij budgetbekostiging op basis van beschikbare middelen ook heldere afbakening vereist, zodat duidelijk is wat er wel en niet onder het budget valt, wat daarvoor geleverd wordt en met welke doelstellingen. Ook moet worden nagedacht over de rol van (welke) zorgverzekeraars, eventuele schoning van kosten uit het makro kader, en hoe zorgkosten kunnen worden opgenomen in de risicoverevening.

Naast bekostiging bestaan er overigens ook andere ordeningsinstrumenten, zoals de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv), waarmee VWS kan sturen op welke zorgaanbieders

¹²⁷ Interdepartementaal beleidsonderzoek 1997: Academische Ziekenhuizen

¹²⁸ Zie voor een overzicht B. Crom 2005 De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen: verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

¹²⁹ In 2004 spraken het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra af dat de financiering van de academische component niet-risicodragend zou plaatsvinden. Om dat te realiseren werd per 2005 als tijdelijke oplossing de Stichting Fonds Academische Component opgericht. Zorgverzekeraars legde voor voor de academische component op vrijwillige basis jaarlijks een vaste bijdrage per verzekerde in. Deze stichting sloot overeenkomsten met de academische ziekenhuizen over de uitbetaling van de academische component. In de risicoverevening werden deze uitgaven aan de academische component als niet-risicodragend element opgenomen. Per 2007 werd de academische component via een directe subsidie vanuit het ministerie van VWS betaald.

¹³⁰ Zoals onder andere bij de ambulancezorg, acute ggz en huisartsenposten.

specifieke zorg mogen verlenen. Hiervoor verleent VWS vervolgens een vergunning of aanwijzing. Hiermee kan zij sturen op de spreiding en concentratie van specialistische en/of dure zorg. Sturing hoeft daarmee dus niet altijd via de bekostiging te verlopen. De Wbmv is juridisch een zwaar middel en wordt alleen ingezet in uiterste gevallen als dat nodig is om de kwaliteit, doelmatigheid of het gepast gebruik van zorg te kunnen waarborgen en andere instrumenten ontoereikend zijn.

Indien de overheid besluit om de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg te continueren, dan kan zij beter inzichtelijk maken of met de middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg de beoogde maatschappelijke doelen in voldoende mate worden gerealiseerd. Buiten de in 2022 gestopte 'Monitor UMC's' van de NZa en de gepubliceerde maatschappelijke verantwoording van de NFU¹³¹ is hier weinig openbare informatie¹³² over te vinden. De NZa kan dit mogelijk wel op andere manieren in kaart brengen. Door bijvoorbeeld na te gaan of de ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg gezamenlijk een dekkend aanbod van zorg hebben voor de topreferente patiënten. Echter lost dit het afbakeningsvraagstuk niet op. Daarmee blijft het uitvoeren van een kostenonderzoek, zoals een beschikbaarheidsbijdrage momenteel vereist, niet mogelijk.

¹³¹ NFU (2022), Een betere gezondheid voor iedereen Maatschappelijke verantwoording UMC's 2022.

¹³² Los van de individuele jaarverslagen van de UMC's, PMC en AvL

Bijlage 1. Verantwoording

Deze evaluatie vond plaats van augustus 2024 tot april 2025 en bestond uit vijf fases:

- 1 **Opstellen van het evaluatiekader:** we stelden een evaluatiekader op met de te onderzoeken elementen (per beschikbaarheidsbijdrage en overkoepelend) en voerden een stakeholderanalyse uit.
- 1 **Brede analyse (individuele) beschikbaarheidsbijdrage(n):** op basis van het evaluatiekader voerden we een brede analyse uit van het instrument en de individuele beschikbaarheidsbijdragen door middel van deskresearch en interviews.
- 2 **Verdiepende analyse geselecteerde beschikbaarheidsbijdragen:** we selecteerden op basis van de brede analyse vier beschikbaarheidsbijdragen voor een verdiepende analyse, om van daaruit verdere conclusies te trekken op instrumentniveau. Dit waren de beschikbaarheidsbijdragen mobiel medisch team met helikopter, (medische) vervolgoopleidingen, academische zorg, en coördinatie traumazorg en ROAZ. We voerden hiervoor interviews en deden aanvullend deskresearch.
- 3 **Van retro- naar prospectief:** op basis van eerdere bevindingen organiseerden we twee werksessies met de NZa en VWS om verbetermogelijkheden voor het instrument te identificeren.
- 4 **Rapporteren:** in april 2025 stelden we de conceptrapportage op. Het definitieve rapport leverden we medio mei 2025 op aan VWS.

Deze evaluatie is gebaseerd op deskresearch, interviews en werksessies. Daarnaast voerden we cijfermatige analyse uit op basis van jaarverslagen en interne NZa-documentatie. Het traject is begeleid door een begeleidingscommissie met vertegenwoordigers VWS en de NZa en een projectadviescommissie met zorgeconomische experts. Hieronder lichten we de verschillende onderdelen van de evaluatie nader toe.

Deskresearch

In iedere fase voerden we deskresearch uit. We baseerden ons op openbare bronnen zoals wetsgeschiedenis, beleidsregels, besluiten, kamerstukken, jaarverslagen en rapporten (waaronder evaluaties, adviezen, uitvoeringstoetsen, marktverstoringstoetsen en kostenonderzoeken). Ook analyseerden we verzoeken tot nieuwe of uitbreiding van beschikbaarheidsbijdragen, aangeleverd door VWS en de NZa.

Interviews

We voerden 38 interviews met verschillende overheids- en veldpartijen, waaronder VWS, de NZa, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgeconomische experts, (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders die een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders die geen beschikbaarheidsbijdrage (kunnen) ontvangen (zie Tabel 4).

Tabel 4. Geïnterviewde organisaties en besproken beschikbaarheidsbijdrage per interview. MVO = (medische) vervolgopleidingen, AZ = academische zorg, MMT = mobiel medisch team met helikopter, CTR = coördinatie traumazorg en ROAZ. *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hebben we ook benaderd voor een interview over de AZ: hierop hebben we geen reactie ontvangen.

Fase	Organisatie	Betreffende
1	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (3 interviews)	Algemeen
1	Nederlandse Zorgautoriteit (3 interviews)	Algemeen
1	Zorgverzekeraars Nederland	Algemeen
1	Zorginstituut Nederland	Algemeen
1	De Nederlandse ggz	Algemeen
1	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	Algemeen
1	Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra	Algemeen
3	Nederlandse Zorgautoriteit (4 interviews)	MVO, AZ, MMT, CTR
3	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen	MVO
3	College Zorgopleidingen	MVO
3	Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra	MVO
3	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	MVO*
3	De Nederlandse ggz	MVO
3	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten	MVO
3	Erasmus Universiteit (Marco Varkevisser)	MVO
3	Manager medisch specialistische vervolgopleidingen UMC Utrecht	MVO
3	Federatie Medische Specialisten	MVO
3	Zorgverzekeraars Nederland (3 interviews)	MVO, AZ, CTR, MMT
3	Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra	AZ
3	Erasmus MC	AZ
3	Prinses Máxima Centrum	AZ
3	Antoni van Leeuwenhoek	AZ
3	St. Antonius Ziekenhuis	AZ
3	Regionaal Overleg Acute Zorgketen Euregio	CTR
3	Amsterdam UMC (ROAZ Noord-Holland / Flevoland)	CTR, MMT
3	Landelijk Netwerk Acute Zorg	CTR, MMT
3	MMT Nederland	MMT
3	Universitair Medisch Centrum Groningen	MMT
4	Nederlandse Zorgautoriteit	Algemeen

Werksessies

In fase 4 hielden we twee werksessies met medewerkers van de NZa en VWS om vanuit eerdere bevindingen mogelijke aanbevelingen op te stellen voor het instrument naar de toekomst toe. De eerste werksessie richtte zich op aanpassingen van het beoordelingskader, onder andere in relatie tot alternatieve (nieuwe)bekostigingsopties. De tweede werksessie stelden we aandachtspunten en mogelijke verbeterpunten rondom marktverstoringstoetsen, wettelijke vereisten, periodieke evaluatie en/of beoordeling en transparantie.

Projectadviescommissie en begeleidingscommissie

Aan het einde van elke fase bespraken we de bevindingen en vervolgstappen en/of toetsten we (de structuur van) het rapport met eerst de projectadviescommissie en vervolgens de begeleidingscommissie.

De projectadviescommissie bestond uit Patrick Jeurissen en Cees van Gent. Patrick Jeurissen is hoogleraar betaalbare zorg aan Radboudumc en global lead health policy bij Philips. Eerder was hij wetenschappelijk adviseur van VWS. Zijn expertise ligt onder andere in vergelijkend onderzoek naar zorgbeleid en financiën van verschillende zorgstelsels. Cees van Gent adviseert meer dan dertig jaar overheden in binnen- en buitenland over mededinging, toezicht en marktwerking in de zorg. In 2014 werd hij als Europees lid door de Competition Commission benoemd in het Health Care Market Inquiry panel in Zuid-Afrika waar hij leiding aan een vijfjarig onderzoek naar mededinging in de private gezondheidszorg.

De begeleidingscommissie bestond uit medewerkers van verschillende directies van VWS (directie Patiënt en Zorgordening, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt, directie Zorgverzekeringen en directie Curatieve Zorg) en medewerkers vanuit de NZa.